



2010

# Et organisasjons - perspektiv på 4 års konsultasjonen ved helsestasjonen

Masteravhandling i organisasjon og ledelse

Ved avdeling for samfunnsfag og fremmedspråk ved Høgskolen i Østfold

Elke Nilsen  
1. november 2010

”En sannhet som en oppdager  
med sine egne øyne,  
om den enn er ufullkommen,  
er verd ti sannheter som en får fra andre,  
for foruten å øke ens kunnskaper,  
har den også øket ens evne til å se.”

Frithjof Nansen

## **Innholdsfortegnelse**

### **1.0 Innledning**

1.1 Bakgrunn og hensikt for studien	6
1.2 Oppgavens oppbygning og avgrensninger	7

### **2.0 Beskrivelse av helsestasjonen, 4årskonsultasjonen og prosjektet**

2.1 helsestasjonens plass i det helsefremmende og forebyggende arbeid	9
2.2 Kjennetegn ved 4 års konsultasjonen	11
2.2.1 Helseopplysning	12
2.2.2 Samspill og psykososial utvikling	12
2.2.3 Kartlegging av språk	13
2.2.4 Somatisk undersøkelse	14
2.2.5 Andre oppgaver	14
- Presentasjon av problemstilling	15
2.2.6 Aktører rundt barnet	15
2.3 Prosjekt beskrivelse	17
2.3.1 Initiering og organisering av prosjekt	17
- Prosjektets organisasjonskart	19
2.3.2 Delprosjektets styring	
A. Fremdriftsstyring	20
B. Kvalitetsstyring	21
C. Ressurs og økonomistyring	22
D. Forholdet til omgivelsene	22
2.3.3 Oppfølging og korrigerende tiltak	23

2.3.4. Prosjekt avslutning	23
<b>3.0 En teoretisk referanseramme</b>	
3.1 En organisatorisk og historisk kontekst	24
3.2 Teori om evaluering	27
3.3 Tidligere forskning innen tema	30
<b>4.0 Metode</b>	
4.1 Bakgrunn for valg av metode	32
4.2 Litteratur søk	32
4.3 Halvstrukturert intervju	33
4.4 Forskningsetiske overveielser	34
4.5 Metodekritikk	34
<b>5.0 Presentasjon av funn om hvorfor det var ønskelig å forsøke en annen organisering av 4 års konsultasjonen</b>	
5.1 Samordning rundt felles målgruppe	36
5.2 Tverrfaglighet og samarbeid	39
5.3 Noen tanker omkring det holistiske menneskesynet	41
5.4 Å nytte ressursene på best mulig måte	44
<b>6.0 Presentasjon av funn omkring styring, formalisering og argumenter for barnehagen versus helsestasjon som arena</b>	
6.1 Styring og organisering av prosjektet	48
6.2 Formaliseringen	51
6.2.1 Dokumentasjon	53
6.2.2 Prosedyrer, henvisninger og oppfølging	53
6.2.3 Taushetsplikt og samtykke	55

6.2.4 Skjønn	56
6.2.5 Tilsynsmyndighetene	57
6.2.6 Kultur	57
6.7 Barnehage som arena	58
6.8 Barn som ikke deltar i barnehage	59
6. 9 Helsestasjonens særegne fordel	60
<b>7.0 Presentasjon av funn om arbeidsfasen med casebeskrivelser</b>	
7.1 Noen rammer	62
7.2 Erfaringer med barn i gruppe	63
7.3 Punktene i 4 års konsultasjonen	
7.3.1 Helseopplysning	63
7.3.2 Samspill og psykososial helse	65
7.3.3 Språket	68
7.3.4 Barnets fysiske helse og aktivitet	72
7.3.5 Syn og hørsel	74
7.3.6 Ernæring og tilvekst	74
7.4 Foreldresamtalen	75
7.5 Erfaringer på å arbeide tverrfaglig	76
7.6 Utfordringer med å utføre 4 års konsultasjonen i barnehage	78
7.7 Ressursgruppas betydning i prosjektet	80
<b>8.0 Egenvurdering/ metaevaluering</b>	82
<b>9.0 Avslutning med konklusjon</b>	84
<b>10 Referanser</b>	89

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn og hensikt for studien**

Min interesse for tema har jeg fått ved å arbeide i det kommunale tilbudet ovenfor barn, unge og familier på helsestasjon som helsesøster. Litteratur og forelesninger på høyskolen som student på masterstudiet i organisasjon og ledelse, har gitt ytterligere inspirasjon til problemstillingen.

Studiet muliggjør å sette samfunnsmessige betraktninger om hva en velfungerende offentlig sektor forutsetter, inn i helsestasjonens praktiske sammenheng. En annen nytte er forhåpentligvis økt handlekraft og et større overblikk når jeg selv skal bidra innen tema organisering, prosjekt og evaluering en gang.

Helsetjenestene i kommunene er organisert etter formålet med oppgavene.

Helsestasjonen - og skolehelsetjenesten sitt ansvarsområde er å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos (blivende) foreldre og barn / ungdom frem til 20 år. Hensikten med arbeidet er å sikre barn gode oppvekstvilkår. Tjenesten reguleres av Lov om helsetjenesten i kommunene og Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

Helsesøster er en offentlig godkjent sykepleier med videreutdanning som gir en fordypning i sykepleierens helsefremmende, forebyggende og pedagogiske funksjon for og med barn, unge og deres familier. Tidligere hadde helsesøster fokus på risiko og vansker som man løste med å informere og kontrollere. I dag er det en støttende og veiledende funksjon hvor brukermedvirkning er i fokus.

Dagens helseproblemer er sammensatte og både levesett, sosialt nettverk og samfunn spiller inn. Nyere forskning slår fast at problemer som inntreffer tidlig i et barns liv, har sterk sammenheng med vansker på senere alderstrinn. Tidlige tiltak (intervensjon) er helt sentralt for å redusere negative effekter.

I mitt daglige arbeid på helsestasjonen er 4 års konsultasjonen en utfordring å lykkes i, med tanke på å fange opp behov barnet og familien måtte ha.

Flere kommuner omkring i landet arbeider med å få til en ny organisering med samhandling mellom flere profesjoner, med det mål å utveksle kunnskap og erfaringer.

Jeg ser nærmere på et slikt prosjekt hvor arena er flyttet fra helsestasjonen til noen utvalgte barnehager i kommunen. Hensikten er å forske på hva som kan føre til forbedring av dagens praksis, og er således et innspill til eget arbeid.

Min forskning er knyttet til spørsmålene:

1. Hvorfor organisere 4 års konsultasjon på en annen måte?
2. Hvordan valgte prosjektgruppa å utføre det?
3. Hvilke erfaringer gav prosjektet utførende deltakere?

Hvordan man forstår en situasjon og ser sammenhenger er preget av våre forutsetninger og førforståelse. Det å forske innen eget fagområde gir spesielle utfordringer da mange av verdiene og kulturelle kunnskap er ubevisst, og preger tolkningen som gjøres.

Min førforståelse på individnivå er at helsesøster må tilpasse sitt arbeid etter foreldrenes livsfase, og hvor barnet befinner seg i sin utvikling. Formålet med tiltakene ovenfor barnet er at det skal få en trygg og varm oppvekst, og å bli sett og bekreftet på en positiv måte. Ovenfor foreldrene er formålet med tjenesten å styrke deres rolle som omsorgspersoner og gi dem følelsen av å være gode foreldre. Slik har jeg et ressurs orientert syn på barnet og foreldrene. Min førforståelse organisatorisk er at forholdene er ganske godt tilrettelagt for foreldrene å fremme til gode helse, og også forhindre at barnet får vansker av noen art (primærførebygging), men at flere arena kan jobbe med dette samt tidlig. For å unngå dobbeltarbeid og å utnytte fagkompetansen bedre, er min forståelse at man må se på oppgavefordelingen og formalisere samarbeid mellom etater og nivå.

## **1.2 Oppgavens oppbygging og avgrensninger**

Tema for oppgaven kan romme mye, og jeg har erfart at det å skrive oppgave handler i stor grad om prioriteringer. Teoridelen vil starte med kommunehelsetjenesten, helsesøsterens tradisjonelle oppgaver og 4 års konsultasjonen, for så å presentere overordnet problemstilling.

Etterfulgt av en beskrivelse av prosjektet og utvalgt teori om organisasjon, historikk og evaluering. Jeg får ikke sett på brukeren av helsestasjonen sitt perspektiv og går glipp av viktig evaluering. Dette fordi jeg tror bestemt det er en svakhet ikke å gjennomføre en

brukerorientert evaluering. Det å imøtekomme dennes forutsetninger og behov er av største viktighet, men jeg måtte velge ”en av to verdener” i oppgaven.

Omtalen av flere ord må likeså vike plass slik som ”endring, kvalitet og læring,” selv om de er nært knyttet til evaluering. Begrep knyttet til helsefremmende arbeid som kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid drøftes heller ikke mer inngående.

Metodekapittel viser at det er empirisk studie med intervju og jeg forteller hvordan denne metoden ble i praksis. I neste punkt vil mine funn bli omtalt for å drøfte dette opp mot utvalgt teori.

Helsesøstertjenesten vil presenteres som et åpent system som kun består i kraft av sine omgivelser og knyttes til markedsteori.

Jeg avrunder oppgaven med en konklusjon fra min drøftning og antyde et forskningstema jeg mener studiet har aktualisert.



## **2.0 Beskrivelse av helsestasjon, 4 års konsultasjon og prosjektet**

### **2.1 Helsestasjonens sin plass i det helsefremmende og forebyggende arbeid**

Lov om helsetjeneste i kommunen pålegger den et ansvar for tjenesten og beskriver formålet som er å fremme folkehelse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, samt søke å forebygge og behandle sykdom og skade. Helsetjenesten skal spre opplysning om og interesse for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme egen trivsel, sunnhet og folkehelse. Det skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivarettatt av andre offentlige organer.

Folkehelsearbeide er den samlende strategien innen helsefremmende og forebyggende arbeidet i lokalsamfunnet. Det består av en rekke andre arbeidsområder enn dem helsetjenesten har ansvaret for.

Både befolknings- og høy risiko strategier nyttes. Barnevaksinasjons- programmet er et eksempel på hvordan helsestasjonen når en hel befolkning, mens man for noen grupper eller individ må igangsette særskilte tiltak grunnet disponering for å utvikle sykdom eller helseproblemer.

Det er to mønster i arbeidet:

- a. helsefremmende tiltak er den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse, med fokus på ressursene (Ottawa Charter 1986).

Forutsetningene for god helse bedres. Aron Antonowsky innførte i samme tidsrom ”det salutogene perspektiv,” hvor han sier at så lenge vi er i live er vi i noen grad frisk og kunsten blir å føle mening med livet. Han viser til betydningen av å være helsefremmende i sin virkemåte for å mobilisere krefter, og å frigjøre seg fra risikotenkningen som er i det forebyggende perspektiv (1985).

- b. Forebyggende arbeid ønsker å redusere sykdom, skader og sosiale problem, dødelighet og risikofaktorer. Det er ønskelig å avdekke behov så tidlig som mulig for at vanskene ikke skal utvikle seg. Det inndeles gjerne i primær-, sekundær og tertiærforebygging.

Primær forebygging vil si å redusere eksponering for sykdoms skapende og helsetruende forhold allerede før sykdom og skade påvises. Gode eksempler fra

helsestasjonen er helseopplysning og vaksinerings. Sekundær forbyggende tiltak vil si å avdekke vanskene på et tidlig stadium, og sette inn tiltak for å hindre videreutvikling av risiko eller sykdom. Det kan være å bedre psykososiale oppvekst vilkår for eksempel. Tertiærforebygging omfatter tiltak for å hindre negative virkninger av sykdom og skade som er oppstått. Man deler også inn etter universelle, selekterte og indikerte tiltak hvor de universelle kan sammenlignes med primærforebygging og så videre (Mæland 1999).

Helsestasjons - og skolehelsetjenesten omfatter svangerskapsomsorg, helsestasjon for barn 0-5 år, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Grunnbemanningen er helsesøster, jordmor, lege og kontorfullmektig. Det samarbeides ofte tett med fysioterapeut og om behov videre henvises det til spesialisthelsetjenesten.

Helsestasjonens oppgaver er blant annet å støtte og styrke gravide og sped- og småbarnsforeldre i foreldre rollen, hvor det observeres og veiledes for å styrke samspill og tilknytning mellom foreldre og barn.

Helseundersøkelser og rådgivning utføres med oppfølging evt. henvisning ved behov.

Psyriske vansker og risikofaktorer ønskes å oppdage på et tidlig stadium for å bidra til intervensjon. Helsesøster deltar i koordinerende samarbeid med andre instanser i og utenfor kommunen.

På lik linje med forebyggende arbeid er habilitering og rehabilitering et ansvarsområde.

Likeså miljørettet helsevern, smittevern, legemiddel håndtering og helsemessig beredskap. Helsesøstertjenesten skal bidra med innspill til kommunens oversikt over helsetilstand.

Enheten opplever stadig økte krav og forventninger om å iverksette og gjennomføre tiltak mot utsatte grupper som funksjonshemmede, innvandrerrfamilier, unge og foreldre med psyriske lidelser, ved rusmiddelbruk og fattigdom. Etter behov drives sosialt nettverks skapende tiltak og annet psykososialt miljørettet arbeid (NSF 1997, Statens helsetilsyn 1998, Sosial og helsedirektoratet 12/ 2004, 03/2007).

Det gis informasjon og tilbud om barnevaksinasjonsprogrammet frem til den unge er ferdig med grunnskolen. Skolehelsetjeneste tilbys frem til den unge er 20 år, men videregående skole og ungdom generelt har en mer mangelfull tjeneste.

Skolehelsetjenesten har som helsestasjonen et deltakende tverrfaglig samarbeid, og er ofte en døråpner for andre hjelpetjenester.

Helsetjenesten kan betraktes som en tiltakskjede hvor den kommunale tar seg av befolkningens generelle og alminnelige vansker. Denne omtales som førstelinjetjenesten. Dersom noen er i behov for økt hjelp utenfor dette hjelpeapparatet må det begrunnes i en henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Helsestasjonen utfører screening som sammen med en klinisk vurdering kan gi grunnlag for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Spesialist tjenesten setter normen for hva som er en oppgave for dem og om de har egnet tilbud. Kommunen tar det som er i gråsonen.

Noen kan trenge oppfølging fra begge nivå, en overlapping. Det er et system som krever god informasjonsflyt med tydelig ansvar, noe jeg vil komme tilbake til.

Som helsesøster arbeides det etter en statlig veileder som gir føringer for arbeidet, og intern kontroll system sikrer at denne konsultasjonen planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lover, regler og god praksis.

Helsepersonelloven beskriver forpliktelser og krav til yrkesutøvelsen. Mye av lovgivningen til helsesøster har sitt utgangspunkt i etikk hos profesjonen, og det føres tilsyn fra staten.

Litt om helsestasjonsprogrammet som ble introdusert i Statens helsetilsyn 1998 og revidert 12/2004, her begrenset til hva det står om 4 års konsultasjonen.

## **2.2 Kjennetegn ved 4 års konsultasjonen**

Barnet møter helsesøster fjorten ganger fra fødsel til fire års alderen dersom familien følger det anbefalte helsestasjonsprogrammet. Enkelte vil ha behov for hyppigere kontakter.

Helsesøster veileder foreldrene, gjør helseundersøkelse og foretar en utviklingsvurdering.

På fireårskonsultasjonen har foreldresamtalen utgangspunkt i deres ønsker og behov og gir de foresatte anledning til å stille spørsmål om ernæring, forebygging av for eksempel allergi, overvekt, bekymringer om ufrivillig vannlating, aktivitetsnivå og konsentrasjon.

### *2.2.1 Helseopplysning*

WHO har definert dette arbeidet som ” den prosessen som handler om å styrke individets og fellesskapets kontroll med faktorer som virker inn på helsen, slik at en dermed kan gjøre noe for å bedre helsen”( Statens helsetilsyn 1998:21).

Hvorfor helsestasjonen forsøker å påvirke helseatferd i gunstig retning har flere årsaker og bunner i myndighetens politikk. En rimelig sunn livsførsel kan gi økt overskudd samt trivsel i hverdagen, og det kan bidra til å redusere risikoen for sykdommer og ulykker.

Dersom det leves sunt på ett felt er det økt sannsynlighet for å gjøre det på flere, noe som betegnes som en sunn livsstil. En slik livsstil som ung kan påvirke valg som voksen i gunstig retning. Som helsesøster forsøker man å engasjere barnet og foresatte aktivt og støtte opp under til at de sunne valg blir enklest (Mæland).

Innsatsområdene som er valgt ut er ernæring, tannhelse, rusmidler, tobakk, astma, allergi, inne klima, ulykker og psykososial utvikling, jamfør Stortingsmelding 37. Foresatte har ansvar for barnet sitt i alt fra å stimulere til språkutvikling, til kosthold og anerkjennelse. Barnet er avhengig av den voksne, og forholdet reguleres i barneloven.

### *2.2.2 Samspill og psykososial utvikling*

Barnet må sees i relasjon med sine omgivelser og derfor må man inkludere foreldrene og deres tilknytning til barnet, og samspillet mellom dem. Samspill er her ment som utveksling av signaler, initiativ og respons som danner gjensidig tilknytning og for at barnet skal oppleve trygghet (Smith 1999: 146).

Barnet er ved 4 år i en aldersgruppe hvor det gjennomgår en forrykende intellektuell og sosial utvikling. Barnet begynner å forstå sammenhenger og årsaker, og søker en forklaring på hvorfor ting skjer. Av og til kan man se vansker med å skille egen person fra hendelser rundt seg, og det kan se seg selv som årsak til hendelser det er uten innflytelse på. Barnet er derfor sårbart for den voksens omtale av sammenhenger, grunnet sine egosentriske forestillinger om disse. For at samspillet skal være bra for barnets utvikling må det være basert på anerkjennende kommunikasjon med trygge og tydelige rammer. Da vil barnet kunne vokse på sine erfaringer (Evenshaug 2000:114).

For helsesøster er en del av jobben å veilede på samhandlingen, oppdragelsen og å observere samspillet. Omstendigheten rundt er utfordringen for helsesøster fordi atmosfæren må være trygg og relevant for barnet og forelder for å lykkes.

Observasjonen helsesøster gjør kan danne utgangspunkt for støtte og rådgivning til foreldrene. Det er nødvendig å kunne samtale med barn og foresatte så presist som mulig. Ikke sjelden dreier samtalen seg om forhold som kan være følelsemessige strevsomme.

Omsorgstenkningen som ligger i handlingen beskriver Kari Martinsen fint med at omsorg ikke bare utgjør sykepleierens verdigrunnlag, men den er en fundamental forutsetning for våre liv (2003: 69).

Noen ganger kan familien og helsesøster ha behov for veiledning både fra psykolog og tverrfaglige konsultasjonsteam med praktisk-pedagogisk tjeneste og barnevern.

### *2.2.3. Kartlegging av språk.*

Språket læres og utvikles i samspill med andre mennesker. Både språk og handling sammen har en viktig funksjon når det blir brukt i en meningsfull sammenheng.

Barnet lærer dialog ferdigheter ved at foreldrene tilrettelegger situasjonene som samspillet foregår i, og tilpasser seg sine aktiviteter til barnets (Tetzner 1993).

Kartleggingen på helsestasjonen kan skje ved hjelp av pedagogiske verktøy som SATS for toåringen og SPRÅK 4 for de som er fire år, noe som systematiserer funn.

Helsesøster ønsker i dette arbeidet også å finne veier for å hjelpe flerspråklige barn med kommunikasjon og språkutviklingen på norsk, og på morsmålet når språket er forsinket.

Det kan avdekkes stotring, stamming, artikulasjonsvansker som skyldes kort tungebånd, nedsatt hørsel og mer. Ved mistanke om nedsatt hørsel foretar man audiometri (Sosial og helsedirektoratet 06/2006:35).

Ved funn henviser man til utrednings og oppfølgingsinstans. Rapport 2008:10 fra folkehelseinstituttet viser at barn med forsinket språk samtidig også har andre vansker. Man ser oftere motoriske og sosiale vansker, barnet kan være overaktiv, uoppmerksom med mer (s. 6).

For at barn og foreldre skal få et mest mulig helhetlig tilbud til beste for barnets oppvekst og utvikling, kreves det ofte samarbeid mellom tjenester i kommunen blant annet helsestasjonen og barnehagen.

#### *2.2.4 Somatisk helseundersøkelse*

Det er vanlig at helsesøster utfører 4 års konsultasjonen alene som fagperson. Dersom andre faggrupper deltar slik som lege eller fysioterapeut avklares det hvilke oppgaver man har ansvar for.

Helsesøster utfører syns kontroll på begge øyne på 3 meters avstand noe som krever at barnet samarbeider. Romforholdene er av stor betydning. Barnet forteller hva det ser av fire symboler eller bruker peketavle. Foresatte får informasjon om syns funksjonen og muligheten for utvikling av nærsynthet. Øynenes utseende sjekkes og ubehandlet skjeling må senest fanges opp nå, fordi tidlig innsats er viktig for resultatet. Dårlig eller ulikt syn på øyne henvises til spesialist (Sosial og helsedirektoratet 06/2006:18).

Et annet viktig formål med 4 års konsultasjonen er å observere muskel, skjelett og nervesystemet. Dette gjøres med å observere grov- og finmotoriske utvikling. Ved å se på kvaliteten på bevegelsene ved gange, tegning og annen lek kan helsesøster fange opp skjevutvikling.

På 4 års konsultasjonen måles høyde og vekt som også er viktig folkehelse parameter i den epidemiologiske forskningen.

Tilveksten vurderes, som sammen med barnets tannhelse, søvn og den psykososiale utviklingen med trivsel, er god helseindikator for den enkelte (Haga 2003).

#### *2.2.5 Andre ansvarsområder på 4 års konsultasjonen*

Helsesøster bruker sin faglighet til å differensiere tilbudet slik at noen i behov for mer får dette. Mulighetene til å fange opp barn med særskilte behov er god.

De som ikke slutter opp om tilbudet representerer ofte en utsatt gruppe som man forsøker å nå på nytt. Derfor er det viktig å ha oversikten over barna som sogner til distriktet, ved hjelp av samarbeid med folkeregisteret.

Kommunen har ansvaret for at de ulike tjenestene for barnefamiliene er godt koordinert og ofte blir helsesøster ansvarlig for en initiering av tverrfaglig samarbeid og individuell

plan. Dersom helsesøster har mange slike oppgaver kan det ta mye av tiden på bekostning av befolknings strategi. Det er derfor viktig å bruke slike tiltak bevisst og effektivt (Dahl 2004).

#### *Presentasjon av problemstillingen:*

Fokus for masteroppgaven ble på respondentenes erfaringer og beskrivelser av et prosjekt med 4 års konsultasjonen. Problemstilling ble således analytisk: ” hvilke utfordringer sees i helsesøstertjenesten på 4 års konsultasjonen og hvordan kan endringer gjøres organisatorisk for å ivareta brukeren?”

Forskningsspørsmålene underbygger denne med ønske om å skape forståelse og å se sammenhenger. Med dette inntar jeg en hermeneutisk innstilling til studiet.

En slik utforskende tilnærming kalles fenomenologisk når jeg har fokus på aktørenes livs verden. Litt om disse aktørene før blikket rettes på selve prosjektet.

#### *2.2.6 Aktørene rundt barnet og familien foruten helsesøster*

Helsestasjon og skolehelsetjenesten ledes administrativt av helse og sosial etaten med helsesjefen (kommunelege) som medisinsk faglig rådgivende. Den daglige drift bestyres av ledende helsesøster med flere teamledere samt ansatte for fagutvikling og Home-Start familiekontakt. Samlet i denne virksomheten er også fysioterapeut og ergoterapeut- tjenesten. Sist i prosjektperioden ble kommunen omorganisert noe som resulterte i at barne- og familie team sammen med ute kontakten ble inkludert organisasjonsmessig.

Fastlegen skal samordne barnets behov for helsehjelp herunder vurdere behov for undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvaret for barnet mens det er i grunnskolen.

Fysioterapeut - og ergoterapeut tjenesten har viktige arbeidsoppgaver som ivaretar blant annet nerve, muskel - og skjelettsystemet. Fysioterapi er en del av grunnbemanningen i lov om kommunehelsetjeneste. Ergoterapeut tjenesten vurderer hjelpemidler, bolig samt tilrettelegger i barnehage.

Barnehagen gir omsorg og pedagogisk stimulering og omtales mere senere. Barnevernet ivaretar barnets omsorgssituasjon på alle måter også forebyggende. De har ansvar for å undersøke forhold og gjennomføre tiltak, etter barnevernsloven av 1992.

Praktisk- pedagogisk tjeneste (PPT) skal veilede foreldrene og pedagoger samt tilrettelegge miljøet for læring, ovenfor barnet. Opplæringsloven påpeker at det skal tilrettelegges for barn med særlige behov også oppvekst situasjon. Pedagogikk, sosialfag sammen med psykologi er sentrale kompetanseområder.

Barne - og ungdoms psykiatri (BUP) er selvstendige enheter, med ansvar for allmennpsykiatriske tjenester for barn innenfor et geografisk område. Denne tjenesten vokste frem som en del av desentralisering av det psykiske helsevern.

NAV ble etablert i 2006 og representerer arbeids og velferdsetaten hvor tjenesteinnholdet kan variere mellom kommunene. Trygdetjenesten gir ved sin lovgivning rettigheter til hjelpemidler og ovenfor familien omsorgspenger, opplæringspenger, grunn og hjelpestønad. Lovgivningen er noe overlappende med sosiallovgivningen ved at man for eks. må søke hjelpestønad før omsorgslønn. Sosialtjenesten ivaretar rettigheten om omsorgslønn, sammen med tjenester som avlastning, støttekontakt, hjemmehjelp, tilbud om bolig og personlig assistent. Barn som er funksjonshemmet vil falle inn under denne loven.

Pleie og omsorgstjenesten deles inn i tre sektorer med hjemmetjeneste, tilrettlagte boliger og institusjon.

Den enkelte kommune og fylkesnivå kan i tillegg har særegne tilbud for familien og i prosjektkommunen kan det nevnes tre instanser.

”Helsekilden” er et kompetansesenter for helseopplysning. ”Barne - og familie team” arbeider forebyggende mot unge frem til 19 år for å styrke ressurser, og er tiltenkt de som fra før ikke mottar hjelp fra noen instanser.

”Home- Start Familiekontakten” er et familiestøtteprogram hvor frivillige besøker småbarnsfamilier med barn under skolealder, hvor driftsansvarlig ofte er kommune.

Frivillige innen humanitære og sosiale organisasjoner engasjerer seg og utgjør en god støtte til familien og det offentlige. Kommunene inkluderer de største aktørene i sitt forebyggende arbeid.



Spesialisthelsetjenesten ble i 2002 overført fra fylkeskommune til staten. De tilbyr spesialist oppgaver og er lokalisert innen tverrfaglige sentre samt medisinske og pedagogiske kompetanse sentre.

Sektoren inkluderer det private marked hvor for eksempel PPT samarbeider med logopeder og barnevernstjenesten med private aktører.

## **2.3 Prosjekt beskrivelse**

Prosjekt arbeid er en engangs oppgave som er utenfor vanlige oppgaver innenfor en organisasjon. Prosjektet er målrettet, besluttet ut fra en situasjon og er avgrenset i tid hvor det planlegges en avslutning på forhand. Ofte er oppgaven så kompleks at den krever stor tilgang på ressurser fra flere profesjoner og tjenester. Arbeidsoppgavene omfatter de faglige som er knyttet til selve utførelsen, samt de administrative som har med styringen av de utførende oppgavene (Nylehn 2002:38).

### *2.3.1 Initiering og organisering av hovedprosjekt "nærmiljøhuset" samt delprosjektet "4 års kontroll i barnehagen"*

Prosjektene ble til ved at kommunen hadde en systematisk analyse ved hjelp av fokusgruppesamtaler av ledere, ansatte og foresatte høsten 2007. To ulike geografiske områder ble valgt ut innad i kommunen og man så tverrsektorielt på hvordan situasjonen opplevdes her nå, og hva man ønsket den skulle være generelt om fire år. Det ble en organisasjons utviklingsprosess, hvor man først ga et felles bilde av dagens situasjon og endringsbehov, for så å skape mål inn i fremtiden.

En strategi for gjennomføring er prosjekt. Endringsbehovene som fremkom var at familiene og nærmiljø var blitt mer ulike hverandre enn før, man så et frafall etter påbegynt videregående utdanning hos unge i kommunen, samt sektortenkning.

Bystyret behandlet i tilknytning til vedtak om "årsbudsjett 2008" og "Handlingsrom 2008-2011," tiltak om etablering av prosjekt nærmiljøhuset. Rådmannen utarbeidet prosjektplan og oppnevnte en gruppe for arbeidet. Bakgrunnen for at rådmannen valgte at etablere prosjektet var begrunnet med at barn og unges utfordringer er sammensatt, og at det av den grunn er nødvendig å få til en bedre samordning av tjenestene.

Det ble laget en prinsippsskisse om at alle tiltak skulle gjøre en forskjell. Det skulle etableres samarbeid mellom flere, enten det offentlige, private og/eller det frivillige marked. Nærmiljøet skulle mobiliseres og brukeren gjøres delaktig.

Oppdragsgiver ble således kommuneledelsen (KL) og styringsgruppen ble hovedutvalget. Hovedprosjektgruppa ble knyttet til seksjon oppvekst, kultur og velferd med kommunesjef som prosjekteier. Det ble oppnevnt referansegruppe og en person fikk oppgave som prosjektleder.

I praksis ble arbeidsprosessene besluttet i fellesskap med funksjonslederne i linjeorganisasjonen. Kommunen hadde engasjert en ekstern veileder underveis for å bistå. Høsten 2008 var det, etter ett år med ide skapning og møter med involverte, profesjoner og nærmiljø dags for å behandle forslagene, inndele til delprosjekt og utarbeide milepæler som var aktuelle. I et arbeidsseminar ble det foreslått 31 ulike delprosjekt, 29 ble vedtatt av styringsgruppa og høsten 2009 var fortsatt 23 delprosjekt i utprøving/ drift. Prosjektet fikk eget arkiv for informasjonsutveksling på kommunens datasystem.

Flere nivå både offentlig og frivillig var representert. Blant flere deltok barnehagene, PPT, pedagogisk fagsenter, bibliotek, helsestasjon - og skolehelsetjenesten, skolen og SFO, lokale lag og foreninger, fritidsklubb, kulturskolen, helsekilden, kompetanse senter for psykiatri, barnevern, sosial tjenesten, BUP og fylkeskommunen.

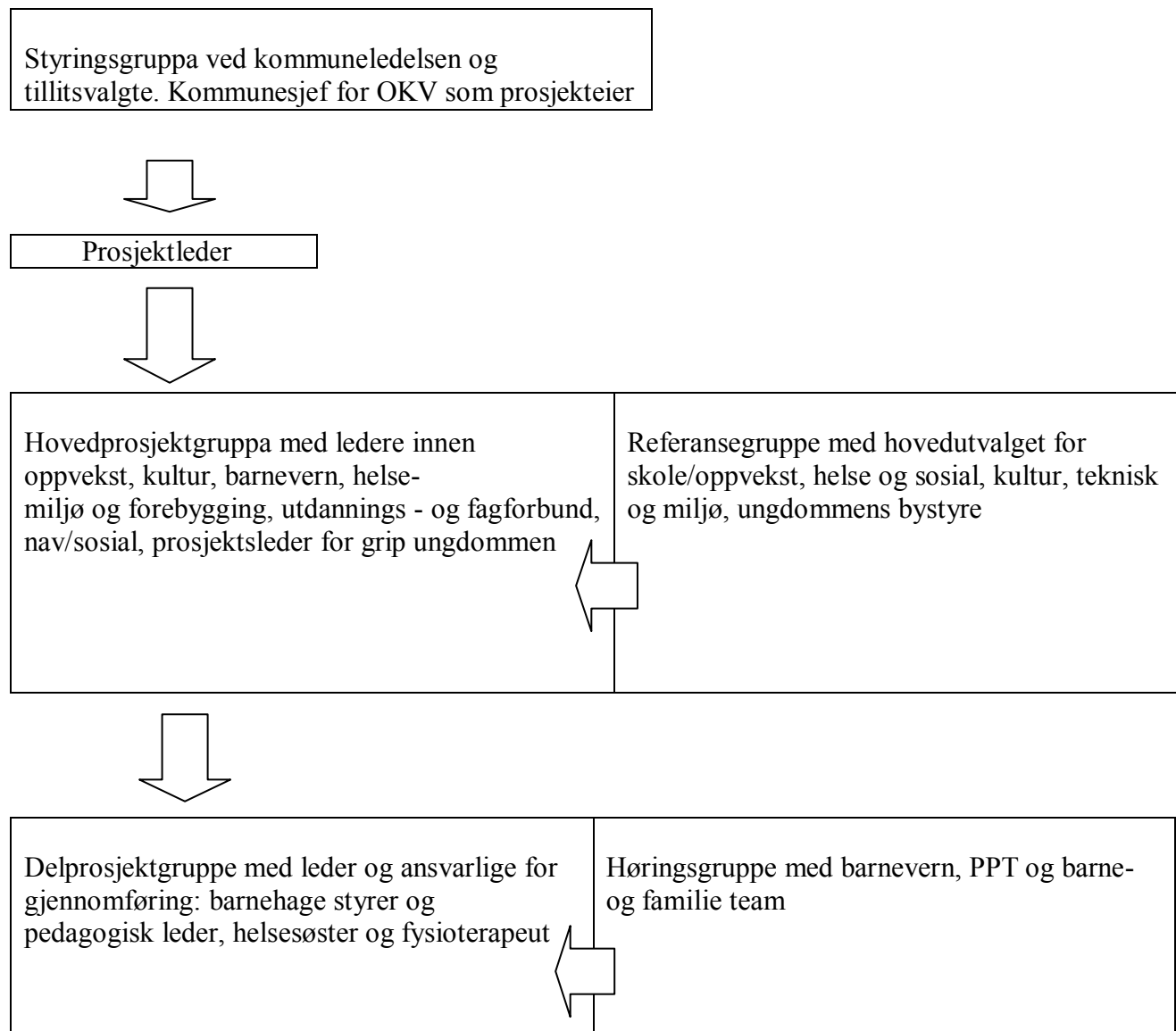
Tiltakene for barna ble inndelt etter utviklingstrinn og jeg tar for meg prosjektet for barn i førskolealder (1-5 år), hvor det var ønsket å involvere flere profesjoner omkring fireåringene. Arena flyttet seg fra helsestasjonen til barnehagen.

Hensikten for dette delprosjektet var i starten ”å endre prosedyrer for samhandling mellom faggrupper på et tidlig tidspunkt. Mobilisere faggrupper, tidlig innsats ved avvik, færre vent og se - barn, stimulere til at barn uten barnehageplass søker det, samt mobilisering av lokalmiljøet i prosessen.”

Hovedansvarlig for delprosjektet 4 års konsultasjonen i barnehagen ble leder for forebyggende tjenester, og i delprosjektgruppa deltok ledelsen for profesjonene involvert samt en høringsgruppe bestående av PPT, barnvernet og barne- og familie team. Del prosjekt gruppen skulle sammen se på fremdriften. Høringsgruppen var tiltenkt å kunne bidra med innspill og veiledning til utøverne, samt flerfaglighet ved

anonyme diskusjoner. De involverte i gjennomføringen ble foresatte med sine barn, faglig utførende nivå med barnehagene i utvalgte områder med styrer og pedagogisk ledere, fysioterapeut og helsesøster.

Den formelle organiseringen av prosjektet har jeg forsøkt å vise ved hjelp av figur 1.0.



(Figur 2.3.1 Prosjektorganisering av 4 års konsultasjonen i barnehagen )

### *2.3.2 Delprosjektets styring*

Jeg følger Westhagen sin betegnelse over faktorer som styres i et prosjekt (2008:32).

#### *A. Fremdriftsstyring*

Å styre er å beslutte hvor det er ønskelig å komme og se til at man faktisk kommer dit hen. Dette innebærer å sette mål, planlegge hvordan man skal nå disse målene og videre oppfølging (ibid s. 30).

Et mål kan være det konkrete resultatet som prosjektet munner ut i samt svar på hvorfor det blir gjennomført, en nytte. Det skilles i prosjekt ofte mellom effektmål og resultatmål.

Effektmål beskriver gevinsten ved prosjektet. De peker tilbake på behov før prosjekt, hvorfor endring var ønsket. Det kan være å utnytte ressurser bedre, gi bedre servise, økt kompetanse med mer.

I prosjektbeskrivelsen høsten 2009 står det å lese ” at 4 års konsultasjonen hadde som effektmål at alle som har et hjelpebehov skal være ivaretatt før de begynner på grunnskolen slik at de der har optimale forhold fra første dag.” Det andre formålet som står er ”at foreldrene skal oppleve at fagpersonene arbeider sammen for barnets beste.”

Hovedsaken er altså gevinster utad. Brukerne skal oppleve god profesjonalitet. Effekter innad ville være en forbedring av arbeidsprosessen under 4 års kontrollen.

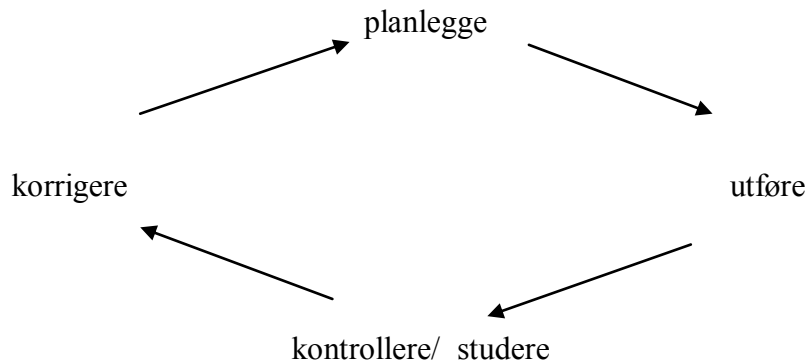
Resultatmål sier noe om hva som skal foreligge når prosjektet er ferdig, en ny organisering for eksempel (ibid s. 54).

Resultatmålet (produktet) sto å lese at ” ingen barns skulle falle mellom stolene i forbindelse med 4 års kontrollen”. Det er her plukket ut konkrete elementer. ”Dette med tanke på dårlig språk/ sosiale ferdigheter, fysiske begrensninger grunnet fedme eller motoriske vansker. Til sist skulle ikke barna utebli grunnet foresattes usikkerhet om hvor de kunne få hjelp.”

Planlegging. Når mål er klarlagt, skal det gjennom planlegging finnes ut hvordan man skal komme frem til det som var ønsket. Planen blir et hjelpemiddel og ofte brytes totaloppgaven ned i oversiktbare deler. Både arbeidet i 4 års konsultasjonen og selve

prosjektet kan systematiseres hvor man planlegger, styrer og samordner hendelsene. Både forebyggende tiltak, læring og øvelser samt evaluering er aspekter som er med.

Det finnes mange slags modeller og jeg velger å nytte Demings sirkel for å visualisere fasene i arbeidet. Den er kjent som kvalitetshjulet innen forbedringsarbeid.



*(figur 2.3.2 Demings sirkel etter Sosial og helse direktoratet 2004: 33)*

Fasene vil omtales mer under drøftningsdelen og bringer oss over i neste punkt som gjelder kvalitet.

## B. Kvalitetstyring

Kvaliteten skal planlegges og inneholder faktorer i forhold til personell, ledelses og arbeidsmetoder (Westhagen 2008: 80).

Arbeidsmetoder og resultat skal samsvare med de formelle retningslinjer i forskrifter, lover, veiledere fra Staten og kommunens føringer. Det ble bestemt å nytte de prosedyrer for 4 års kontrollen som allerede forelå på helsestasjonen. Det ble lagd et informasjonsskriv til foresatte om prosjektet, samt en samtykke erklæring for at profesjonene kunne dele sine observasjoner om barnet med hverandre under utførelsen.

I arbeidet med å skape et felles bilde av organisasjonen man ønsket, var kommuneplanen med levekår og identitetsskapning, oppvekst og utdanningspolitisk plattform med verdigrunnlaget for arbeidet med barn og unge, stortingsmelding 16, skolereformen ”kunnskapsløftet” og rammeplan for barnehagene.

Kommunens visjon om ”å være en foregangskommune når det gjelder oppvekstvilkår for barn og unge” var også en del av fundamenteringen til prosjektet.

Det menneskene i organisasjonen har felles med hensyn til verdier, holdninger og normer kalles organisasjonskulturen (Bolman 2008: 304).

En felles plattform på disse tema er viktig når man som team skal gjøre en felles innsats, der resultatet av arbeidet faktisk bestemmes av hvor godt man klarer å jobbe sammen. Nye medlemmer ble etter hvert inkludert da noen sluttet og man innordnet seg etter mulighetene som forelå.

### C. Ressurs og økonomistyring

Det var bestemt at prosjektet ikke skulle påføre virksomhetene ekstra kostnader og det var ønsket å bruke ressursene i kommunen på en annen måte. Kun prosjektleder fikk avsatt noe tid fra ordinære oppgaver. Ved oppstart og i driftsperioden ble det gitt økonomisk støtte og midler ble avsatt i kommunens handlingsplan til veiledning, informasjonsmateriell og evaluering.

Ressurser i form av personell og utstyr er nødvendig. Retningslinjene for 4 års konsultasjonen som tidligere er omtalt ble utført, men ressursbruken ble ved prosjekt noe annerledes enn til daglig. Litt om dette.

Det nye var arena (barnehagen) og det tverrfaglige forum, hvor det i tillegg til helsesøster var en pedagogisk leder og fysioterapeut tilstede hvor barna var i gruppe på flere.

Det ble planlagt tiden det passet for de tre profesjonene, og barnehageleder informerte om prosjektet og sendte ut invitasjon til 4 åringene og foresatte. Barnehagen tilrettela med rom og tid til gruppa med 4-5 barn. Pedagogisk leder for gjeldene barn måtte delta. Utstyr måtte medbringes. For å kunne observere barnet og dets språk, psykososiale samt motoriske utvikling måtte det tilrettelegges for lek. Syn og motorikk ble undersøkt før fysioterapeut forlot barnehagen. Helsesøster og pedagog hadde så foreldresamtale. Dersom foresatte ikke ønsket samarbeids modellen fikk de tilbud på helsestasjonen.

D. Forholdet til omgivelsene. Westehagen inkluderer ikke forholdet utad i boka si, men prosjektet innegår i omgivelsene og tema utdypes i drøftingen.

Prosjektet var ett av flere tiltak for å bedre levekårene i kommunen og det er ønskelig at erfaringene fra prosjektet blir videreført til øvrige nærmiljøer.

Det var totalt ca 90 fireåringer barn i prosjektområdet og 46 deltok. Det ble noe geografisk ulikt da det var 4 barnehager samlet i en bydel hvor 39 barn kom fra. Åpen barnehage hadde ett barn som hadde vært på helsestasjonen. Den siste barnehagen hadde 7 barn.

Prosjektet for 4 åringene var tenkt å nå både de barna som går i barnehagen, og de barn som bor i nærmiljø/skolekretsen men som ikke hadde barnehageplass. Resultatet ble til syvende og sist at kun førstenevnte gruppe barn deltok.

I andre delprosjekt ble det forsøkt mobilisering av nærmiljø med åpen skole på ettermiddagen med aktiviteter, leksehjelp, kulturtiltak, kompetansedeling og mer for å danne gode overganger fra barnehage til skole samt mer robust voksen nettverk med å samle ressursene der barn og unge oppholder seg.

### *2.3.3 Oppfølging og evt. korrigerende tiltak ble planlagt underveis*

Det ble holdt statusmøter for å registrere og rapportere om prosjektets situasjon. Et viktig aspekt er å identifisere avvik fra mål og planer, forklare årsakene, samt å finne og iverksette korrigerende tiltak jamfør Demings sirkel. Det ble sagt at ”veien ble til mens man går” og prosjektet var tiltenkt å løpe til utgangen av 2009.

Hovedprosjektgruppa så på andre prosjekter og planer i kommunen som gikk parallelt som også hadde barn og unge i sin målgruppe, for å samkjøre og eventuelt integrere noen. Dette var blant annet skolekapasitetsplan, handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen samt ny barnehage. Prosjekt 2016 om besparelser kom halvveis i prosjekt nærmiljøhuset, og tok mye av administrasjonens tid.

### *2.3.4 Prosjektavslutning*

Avtale om ekstern evaluering ble inngått november 2009 og vil kunne gi grunnlag for kommunen å bruke resultatet.

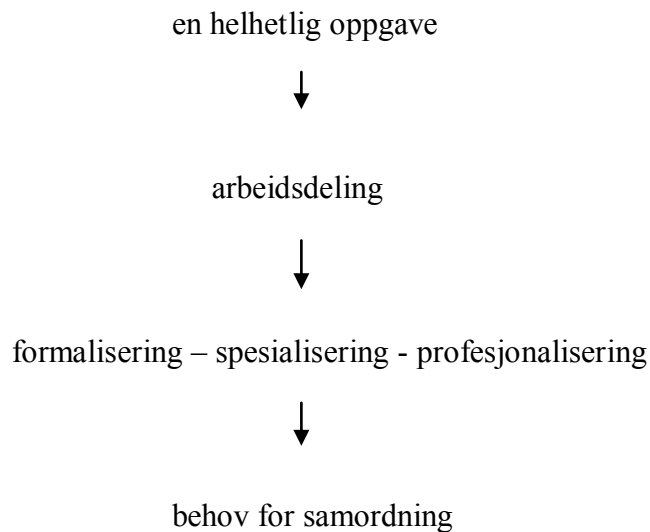
De endelige effektene av prosjektet vil vanligvis ikke foreligge når prosjektet formelt er avsluttet selv om man har evaluert underveis.

At hver deltaker gis mulighet til refleksjon av prosessen vil også medføre en individuell og organisasjonsmessig læring, noe som ble føyd på sist i delprosjektet som et effektmål.

### 3.0 Teoretisk referanseramme

#### 3.1 En organisatorisk og historisk kontekst

Den ny- institusjonelle tradisjon ser på hvordan organisasjonen er en aktiv del av samfunnet, gjensidig avhengig av omgivelsene og formes av disse (Christensen 2004:66). Som en begrensning viser jeg fremveksten av helsesøstertjenesten og den familiepolitiske utviklingen. Dag Ingvar Jacobsen sin modell er til god hjelp for å visualisere det som følger.



*(figur 3.1 årsaker til behov for samordning, Repstad 2004:77)*

Før krigen var frivillige organisasjoner betydningsfulle i hjelp som ble gitt befolkningen. Det var på den tiden høy barnedødelighet. Både menigheter og Norske Kvinners Sanitetsforening begynte i tidlig 1900 tallet å dele ut næringsmidler til underernærte barn. Dette regnes som starten på helsestasjonsarbeidet. Barnelegen Frølich ble en inspirasjon her med ideer fra Frankrike og USA.

I 1915 kom det barnelover, som forsøkte å bedre situasjonen. Da infeksjonssykdommene debuterte samtidig med at hygieniske og ernæringsmessige problemstillinger økte, måtte distriktslegen få hjelp til arbeidsbyrden. Helsesøster som yrkestittel ble første gang benyttet offentlig i 1926. Kvinnene var etter hvert blitt mer delaktig i arbeidet utenfor hjemmet og omsorgen for barn, eldre og syke ble formalisert.

Det generelle behovet for helsetjenester økte og i 1946 var det 400 spedbarnspleiestasjoner, som oftest drevet av Norske Kvinners Sanitetsforening



(Martinsen 2003:187). Flere ble sysselsatt i det offentlige og spesialiserte seg i årene etter dette. Spesialiseringen krevde utdanning og det ble ulike profesjoner. I 1947 ble Statens helsesøsterskole opprettet og ti år senere, kom lov om helsesøstertjeneste. Yrkesgruppen var i denne tiden nær distriktslegen og helsedirektør Karl Evang var en sterk forkjemper for helsestasjonsvirksomheten (Glavin 2003: 60).

Samtidig skjedde det en sentralisering ved at flere funksjoner ble lagt til institusjoner, da oftest de store sykehus. Disse utviklet et spesialtilbud, ble differensiert. Slik ble tjenestene innen helse preget av vekst og utgiftene fulgte hand i hand, sammen med økningen av trygdeytelser. Politikken etter 1970 snudde derfor for å forsøke å effektivisere og fordele godene bedre, og man ønsket å styrke de svake. Først i 1972 ble helsestasjonsvirksomheten lovfestet som et offentlig ansvar. Da var det allerede blitt 1400 helsestasjoner men kun 180 var offentlig eid og drevet (Bogen 1976).

WHO oppmuntret til å styrke lokalsamfunnets muligheter for handling og tjenestene ble lagt til lavest mulig tjenestenivå, desentralisering. Kommunen fikk slik største delen av ansvaret for tjenestetilbudet til befolkningen og ressursene er tilført gradvis. I 1970 da skattereformen kom medførte det endringer som etter hvert gav alle familier barnetrygd. Det internasjonale barneåret i 1979 blir regnet som en milepæl i det kommunale arbeidet med ivaretagelse av barn og unge hvor man inkluderte barnas fysiske miljø i planleggingen. Permisjons ordninger fikk familiefokus og et viktig utgangspunkt til statens politikk ble Barnekonvensjonen utarbeidet av FN (Fosse 1998).

Bronfenbrenner sin økologiske utviklingsmodell som ble presentert i denne tiden viste til at faktorer utenfor selve familien gir konsekvenser for omsorgen i familien så som levestandard og familiepolitikk som nevnt her.

Fylket hadde vært arbeidsgiver for helsesøstertjenesten fra 1957 og frem til 1984 da Lov om helsetjenester i kommunene gav kommunen denne funksjonen. Frem til da hadde helsesøster og legen vært hovedtyngden i helserådet.

Kommuneorganiseringen har tradisjonelt vært etter formål og inndelt i helse, skole og så videre. Lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3 gav kommunene selv adgang til å bestemme organiseringen av tjenestene, så lenge den fremmer formålet på forsvarlig vis. Det ble mulighet til å beslutte hvilke tjenester de ønsket å opprette samt å plassere flere sammen om felles målgruppe, for bedre helhet i tjenestene.

Ett viktig unntak i denne forbindelse er barnevernstjenesten som må ha en egen leder, og en samorganisering der barnevernstjenesten inngår kan derfor være vanskelig å gjennomføre i praksis.

For helsestasjonen åpnet det opp for andre til å administrere, og tanken er således god med å finne løsninger tilpasset kommunens lokale behov. I forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste § 3 står det at fagleder skal være helsesøster. I noen kommuner er ledende helsesøster kun fagansvarlig mens andre har interkommunale løsninger. Den tredje løsningen er at helsestasjon og skolehelsetjenesten har en ledende helsesøster som styrer og administrerer, med budsjett og personellansvar.

Denne er pliktet å dokumentere sin virksomhet i årsmelding til den bevilgende myndighet. Faglig dokumentasjon krever god kjennskap om fagfeltet og kort vei til den som bevilger og bestemmer er en fordel for å påvirke resultatet for nødvendige helsetjenester for barn.

Ulempen med oppdelingen i sektorer kan være tendensen til å se på sine egne prioriteringer slik at det overordnede målet kan mistes. Bolman og Deal kaller dette sub optimalisering.

For å samordne enkeltindividene og gruppenes innsats og knytte dem sammen mot et felles mål, kan det velges to strategier (2004: 77):

- a. Vertikal samordning, hvor høyere nivå koordinerer og kontrollerer arbeidet på lavere nivå med ulike virkemidler som myndighet, politikk og planleggings systemer.
- b. Horisontal samordning med møter, prosjektgrupper, matrise eller nettverksstrukturer.

Prosjektet kan sees på som et blandingsforhold på disse to strategiene noe jeg utdyper i drøftingsdelen min.

At disse to styringsmønster finnes parallelt og samtidig har Evert Vedung og Nils Hertting sett nærmere på i sin siste bok (2009:32). De fremhever tre ulike ideer på politisk styring med mål og resultatstyring, nettverksstyring og brukerstyring. Målstyring er vertikal med fokus på resultat ikke på prosedyrene for å nå dit hen.

Nettverksstyringen er horisontal med hovedmålet å samordne ressurser, kompetanse og strategier etter oppdelingen av oppgavene som omtalt her mens brukerstyringen viser til sluttmottakerne av tjenestene.

Et slikt eklektisk syn gjenspeiles også i styrende verdier i vårt daglige arbeid. Lennart Lundquist kan i denne sammenheng nevnes som sier at for å ivareta organisasjonens interesser (det offentlige etos), brukes ”demokrativerdier” som speiler på politisk demokrati, offentlig etikk og rettssikkerhet. På den andre siden også ”økonomiverdier” med funksjonell rasjonalitet, kostnadseffektivitet og produktivitet (1998: 63). Med det offentlige mener han at alle i offentlig virksomhet, politikere så vel som helsesøster, har et ansvar for å ivareta disse verdiene.

Evert Vedung sin siste bok ble i det foregående omtalt. Han knytter begrepet evaluering til politikk og forvaltning, noe jeg nå skal omtale noe nærmere.

### **3.2 Teori om evaluering**

Et aspekt ved min evaluering er bruk av resultatene. Hvordan kan forskningen nyttes instrumentelt for å løse helsesøster sin oppgave bedre?

Begrepet evaluering betyr å vurdere, verdsette eller beregne (Sverdrup 2002: 11). Det er et vidt område med dels motstridende oppfatninger og svaret er å finne i utviklingen av faget.

Evalueringsforskning har som formål å fornye og forbedre praksis ved å uttale seg om hvilke verdi et program, et tiltak eller en reform (altså en systematisk handlingsmåte) har (Albæk, i Dahler- Larsen 2001:130).

Ralph Taylor innførte mål som utgangspunkt for evaluering. Han bidro til at resultatene skulle nyttes i planlegging. I 1950-60 årene var det mange sosiale programmer i USA som skulle evalueres og faget blomstret opp. Det ble beslutningsgrunnlaget for hvorvidt man skulle forandre, nedlegge eller fortsette prosjekt. Mye gikk feil og man så nærmere på forskerens rolle (ibid s.23).

I 1963 introduserte Chronbach evaluering som en fortløpende prosess. Dette ble videreført og fire år etterpå skilte Micheal Scriven på summativ og formativ evaluering. Summativ evaluering blir foretatt etter avslutning av et prosjekt og for utenforstående oppdragsgivere. Man måler effekten. Formativ på sin side foregår samtidig med

utviklingen i et prosjekt og for de som direkte er involvert, det var nå prosessankegangen kom hvor det var ønsket å finne en forklaring på hva som skjer underveis da det sier mye om utfallet (Foss 2000: 41).

Eisener fremhevet i 1969 begrepet ”reflektert bedømming” fordi man hadde beveget seg fra målbare ting til opplevelser og følelser. I 1971 introduserte Robert Stake ”responsive evaluation” hvor evalueringen skulle tilpasses brukeren.

Micael Patton utdypet i 1978 dette ved å involvere brukeren i hele evalueringsprosessen, et ”bottom- up” perspektiv med brukernes opplevelser (Sverdrup 2002:31).

I forbindelse med evaluering av tiltak kan det foreligge flere formål og de kan være motstridende. Lincoln og Guba vektlegger at evaluering skal være målfrie og at man skal ha fokus på verdien (Sverdrup 2002:34).

I den tiden var ikke det fenomenologiske perspektiv så dominerende og denne vektleggingen ble annerledes. Nå har også denne metoden markert seg og man ser at det å kombinere metoder kan være vel så formålstjenelig.

En interessentanalyse vil søke å inkludere alle som vil ha interesse av utfallet av evalueringen. Utredninger foretatt av offentlige utvalg kan sees på som egen variant av interessent evalueringen. Som vist har mange forsøkt å kategorisere ulike typer evaluering og jeg tror valg av teori vil være nært knyttet til hensikten med evalueringen.

Jeg ser litt nærmere på Evert Vedung og Erik Albæk sine perspektiv da de utfyller hverandre godt og har flere betydningsfulle elementer som bør fremheves.

Erik Albæk benytter det rasjonelle, det politiske og det kulturelle perspektiv på evaluering. Det rasjonelle perspektiv er klart normativt dominerende hvor evaluering dreier seg om å ”tenke før man handler.” I en organisasjon kan man teste ut om tiltak virker for å nå fastsatt mål og eventuelt justere tiltak til mer effektive, en ”top- down” tankegang. Dette fanger opp formelle aspekter ved menneskelig atferd hvor våre relasjoner og handlinger styres av mål, roller, regler og prosedyrer slik ”management” teori implementerer.

Det politiske perspektiv viser organisasjonen som strategisk handlende etter målstyrende valg som kobler problemer med gjennomtenkte løsninger. Men her kan

evaluering betraktes som ”politisk ammunisjon” innen forhandling, konflikt, makt og koalisjonsdannelse. Evaluering kan bli en integrert del av politikken.

Det kulturelle perspektiv hjelper oss å øke forutsigbarheten og å finne retningslinjer. Fokuset er ikke lengre å treffe valg men å skape mening. Man ser ofte at når mennesker konfronteres med usikkerhet så kan det skapes kulturelle symboler som myter, ritualer, metaforer og fortellinger som hjelper å redusere forvirring og usikkerhet (Dahler-Larsen 2001:32).

Evaluering kan gi oss anledning til å tolke hendelser som rasjonelle selv om de ikke var det, vi etterrasjonaliserer (ibid s. 41).

Offentlig forvaltning inkluderes i Vedung sin definisjon. Evaluering er i følge han en systematisk undersøkelse og bedømmelse av sluttfasene i en interveneringsprosess i offentlig sektor, der evalueringens rolle er av det tilbakeskuende slaget (Vedung 1998: 21).

Denne forbindes med fremtiden gjennom en ny start på intervensjonsforløpet med gjenopptakelse mekanisme. Ved å ta et skritt tilbake og ut av evalueringsprosessen og vurdere alle trinn fra utsiden vil man ha bedre grunnlag for ”grundande beslut” (og kvalitet). Fra at man identifiserer et problem, til at forutsetningene legges med kartlegging og mål (beredning) og gjennomføringen med forvaltning til slutt prestasjoner, kaller han for sin flerfasemodell. Poenget er å vurdere prosessen fra initiering til utfall *før* endringer og utbedringer iverksettes (ibid s. 36).

Vedung sitt handlingsaspekt fremheves tidlig. Han setter fokus på hensikten med evaluering : at den skal skaffe et vitenskapelig basert grunnlag gjennom gyldige metoder med det mål å kunne trekke slutninger som kan anvendes i det daglige. Han hevder at offentligheten og demokratiet kan gjøre innbyggerne til mer eller mindre aktive medspillere i evalueringsforløpet (ibid s. 20).

Prosjektet gav uventede effekter. Ved bi - effektsmodellen viser Vedung konsekvensene med organisasjonen som helhet. Tap nå, på sikt, bygging av organisasjonskultur og lignende (ibid s. 60).

Fordelene med de omtalte målfrie evalueringene er at målsettingen ikke blir styrende for evalueringen men nedtones. Man er åpen for å finne ut hva prosjektet faktisk

produserte. Dette ligner Vedung sin bi- effekts modell som omtalt i teorien men denne baseres på at det finnes mål man kan sammenligne effekter av, så mål blir her et overordnet prinsipp (Vedung 1998: 59).

Både Albæk og vektlegger begrepet verdier. Vedung sier at verdiene gir oss grunnlag for å velge evalueringskriterier. Utfallet i prosjekt styres av faktorer som bakgrunn, utforming og gjennomføring (ibid s. 195).

Staten har i sitt reglement at virksomheter skal gjennomføre evalueringer for å få frem informasjon om effektivitet, måloppnåelse og resultater innenfor deler eller hele virksomhetens avvarsområde og aktiviteter. Finansdepartementet har til dette lagd en egen veileder til gjennomføring av evaluering (2005).

### **3.3 Tidligere forskning innen problemstillingen**

Jeg brukte lang tid på å vurdere litteraturen som forelå og grupperte den i tre med noen bruker undersøkelser bl.a. Bomann-Larsen, evalueringer av forsøk og tiltak, samt enkelt publikasjoner. Jeg har for det meste sett på forskning i Norge fordi organiseringen av, og oppgavene til helsesøstertjenesten er annerledes i andre land.

Bogen med flere sine prosjekt i begynnelsen av 1970 tallet gav fokus på forebygging av psykiske helseproblemer med helsestasjonen som arena, og resulterte i boka ” helsestasjonene i støpeskjeen.”Familieperspektivet ble fulgt opp videre i forsøks og forskningsprosjekt som resulterte i boken ” helsestasjonen - en forpost i kampen for det gode liv” ti år senere.

Fra slutten av 1980 tallet har ” samlet plan for utviklingsprosjekter innen helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid,” vært utgangspunkt for utviklingsprosjekter. Statens helsetilsyn samlet litteraturen som forelå i en egen veileder i 1998.

HEMIL- senteret har også vært ansvarlig for flere publikasjoner. Statistisk sentralbyrå studerte særtrekk ved en utvalgsundersøkelse i 1992. Offentlige utredninger slik som Stortingsmelding 37, skiller helsefremmende og forebyggende arbeid.

Helsesøsterinitierte hovedoppgaver er for det meste knyttet til helsefremmende praktiske situasjoner som hjemmebesøket, psykososial helse og lignende. Hilde Laholt

kan nevnes som så på hvilke etiske problemstillinger helsesøster møter i sin yrkespraksis (2004). Kari Glavin omtalte kvalitetsbegrepet i sin avhandling.

Noe mer litteratur kan nevnes. Elvbakken og Kjærnes undersøkte kostrådgivningen utført ved helsestasjonen i fem kommuner. Disse to kom senere med betraktninger på helsestasjonens fremvekst. Berit Dahl hadde et folkehelseperspektiv i sin masteroppgave i samfunnsplanlegging om helsesøster i klemme mellom individ- og befolkningsrettet arbeid. Ellefsen så på profesjonsbegrepet og Elisabeth Fosse forsket på tverrsektorielle utfordringer i arbeidet med barn. Paulsen, Knudsen (2007), Alstveit (2001), Wang (2005), og Kvarv (2006) tok for seg undersøkelse av helsestasjonens arbeid.

Det foreligger flere interessante pedagogiske undersøkelser. Jeg kan nevne to, Hansen med flere ser på ”foreldreinvolvering, gjennom bruk av Språk 4 og Tras”, Mortensen sin oppgave så på helsesøster sin kompetanse og erfaring på barn som stammer (2006).

Innen begrepet evaluering er det flere gode studier hvor det fremkommer ulike perspektiv til ulike formål, altså pluralistisk.

Lengre ut i oppgavens drøftningsdel vil jeg sammenligne mine erfaringer og funn med andres arbeide for å skape ytterligere sammenhenger. Dette kalles komparasjon.

## **4.0 Metode**

Problemstillingen og forskningsspørsmålene viser til innholdet og her omtales utfordringer knyttet til helsesøsteryrket og dens organisering ovenfor 4 åringene.

Jeg ønsket at mine respondenter skulle løfte blikket sitt opp fra individnivå til et samfunnsperspektiv, noe som ble styrende for intervjuguidene som fikk en åpen og undersøkende vinkling.

Evalueringsdesign refererer til evaluerings struktur, planen som angir tilnæringsmåte og metode noe jeg vil omtale nærmere her (Sverdrup 2002: 101).

### **4.1 Bakgrunn for valg av metode**

Med metode mener jeg det verktøy som nyttes for å innsamle informasjon. Den type informasjon som samles inn, kalles gjerne for data eller fakta og de innsamlede data kalles for empiri (Halvorsen 2008:20). Vi skiller på kvalitative og kvantitative metoder. Ønsket mitt er førstnevnte fordi den tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser.

Som nevnt i forbindelse med presentasjon av problemstillingen innehar jeg en hermeneutisk innstilling til studiet med ønsket om å skape forståelse og å se sammenhenger.

Min førforståelse ble nevnt innledningsvis, fordi mine forventninger og erfaringer har påvirket det utvalg av litteratur jeg har lest og mine refleksjoner over emnet. Etter hvert på bakgrunn av mine innsamlede opplysninger fra intervju og teori har jeg trukket en foreløpig konklusjon om hvordan noe henger sammen.

Designet er således utforskende med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming (ibid s. 27,23).

### **4.2 Litteratursøk.**

Jeg vil likestille metodene så som intervju, observasjon og dokumentstudie, som jeg har nyttet for å skaffe meg informasjon, Å hente opplysning fra flere type kilder heter metode triangulering (Jacobsen 2005: 216). Valg av litteratur er påvirket av min førforståelse av tema. Jeg avgrenset tema før en fordypning i litteraturen.



Det er foretatt tre ulike former for litteratur søk. Systematisk med bibliografisk søking og søking via tidsskrifter. Det ble søkt på forfatter navn, titler og emneord. Jeg ønsket å være åpen for ideer men å nytte mest mulig nyere litteratur og primærkilder.

Ussystematisk hvor menneskelige kilder og tilfeldige litteraturlister ble nyttet. I noen norske studier fant jeg verdifulle referanser og dette kalles kjedesøking (Halvorsen 2008: 266).

Noen forskningsdokumenter var av interesse samt kunnskap fra statistisk sentralbyrå.

#### **4.3 Halvstrukturert intervju**

Selv om jeg arbeider innenfor feltet selv og har kjennskap til utførselen av en 4 års kontroll ble det en prosess å sette seg inn i prosjektet. Først trengte jeg tillatelse til å forske og skrev brev til prosjektleder og eier. Jeg ble møtt med velvilje og interesse. Alle deltakere av delprosjektet fikk så et informativt brev. Etter to måneder var aktuelle dokumenter lest, det var gitt tilgang å delta på delprosjektmøte høsten 2009 og hovedprosjektmøte vinteren 2010. Dokumentanalysen har jeg nyttet deskriptivt som utfyllende bakgrunnsinformasjon, og fordi jeg kom inn i prosjektet i dens siste periode ble det en viktig historisk kilde. I januar 2010 ble det gitt lesetilgang til prosjektet og kunne da jeg fortløpende være orientert om utviklingen fram til sommeren.

En barnehage ble utvalgt for observasjon for å se gruppa samhandlet praktisk. Samtlige ble informert om studie og hensikten med det, de berørt samtykket entydig til dette, og jeg var tilskuer uten å involvere meg i samhandlingen. Utførelsene ble beskrevet innholdsmessig etter observasjon.

Jeg hadde samtale med to personer for å få et innblikk i prosjektet og 8 personer ble forespurt om intervju. Utvalget ble nettverksdefinert da de er relatert til hverandre gjennom tilhørighet i en organisasjon. Gruppen ble bestående fra begge lokalsamfunn, fra ulike nivå i prosjektgruppa, noen aktivt deltakende og noen mer perifert i organiseringen. Dette for å få et nyansert bilde av prosjektet.

En intervjuguide ble utarbeidet som redskap i min kvalitative metode. Spørsmålene ble avhengig av hvem jeg intervjuet og ble styrt av min forforståelse om emnet samt ønske om å få svar på problemstillingen. Jeg prøvde å stille spørsmål ved det selvsagte for å komme bak det som deltakerne tar for gitt. Åpne spørsmål som gir den andre anledning til å vektlegge det den selv synes er viktig ble avgjørende. Samtalen viste vei for mange

av mine spørsmål så lenge tema blir belyst, og således ble det halv strukturert (Jacobsen 2005: 145).

Det ble samtale med to fagpersoner i Larvik kommune, for å høre om erfaringene deres vedrørende prosjekt på organiseringen ved 4 års konsultasjonen. Jeg fikk også oversendt dokumenter for nærmere beskrivelser.

Selv om jeg nyttet lydopptaker hos de fleste, ble det skriftlige materiale omfattende, og måtte sorteres etter hovedpunkter. Respondentene hadde mulighet til å ta kontakt med meg etter intervju dersom de ønsket å formidle noe mere.

#### **4.4 Forskningsetiske overveielser**

Det er viktig at studien fremstår som et troverdig sluttprodukt. Respondentene ble gitt muntlig og skriftlig informasjon om studiets hensikt. Da intervjuene var nedskrevet og analysert, tok jeg stilling til hvordan det empiriske materialet skulle presenteres.

Det å få tilgang på andres tanker og opplevelser betyr at man skal behandle informasjonen med varsomhet og noe ble derfor omskrevet for å ta hensyn. Noen yrkesgrupper var sårbare med hensyn til konfidensialitet. All informasjon ble handtert slik at data ikke kunne føres tilbake til respondent eller familier. Slike retningslinjer skapte trygghet for respondenten og tillit mellom partene.

Identifisering. Jeg har studert prosjektet ut fra mine forutsetninger som helsesøster og som mor til egne barn som har deltatt på 4 års konsultasjon samt ett års erfaring som barnehageassistent. Jeg var ydmyk for at det ble for mange strukturelle likheter mellom meg og helsesøster i prosjektet slik at jeg kanskje skulle fordreie resultatene eller bli partisk.

Vekslingen mellom helsesøster og student gikk fint fordi jeg ikke var en del av prosjektgruppen og kunne forskes tilbaketrasket. Det å ha tilgang på veiledning og støtte av professor Jan C. Karlsson ved Karlstad Universitet har vært avgjørende.

#### **4.5 Metodekritikk**

Jeg intervjuet og snakket med relativt mange noe som ble tidkrevende å organisere med mye for og etterarbeide. Tilgangen til litteratur som er relevant å bruke ble stor og jeg

har derfor vært selektiv og kritisk. Utenlandsk litteratur har vært krevende men spennende å lese.

I forhold til oppgavens reliabilitet (pålitelighet) så ønsket jeg at respondentene skal bevare sin anonymitet. Dette med tanke på at meninger ikke skal holdes tilbake og ærlige svar styrker reliabiliteten. Åpne spørsmål og unngåelse av å lede samtalen har likeså styrket dette. Annen forskningslitteratur ble nøye vurdert med hensyn til pålitelighet og validitet. Det sistnevnte betyr gyldighet og om forskningen måler det den skal (Halvorsen 2008: 67). Overførbarhet er også et tema i denne sammenheng. Kan man overføre mine funn til lignende sammenhenger. Det er ikke bestandig et mål, man må heller se på likheter og forskjeller i situasjonen, og kanskje overlate det til leseren å generalisere (Jacobsen 2005: 20).

Tilbakeføring. Det er et ønske at resultat fra studie tilbakeføres til organisasjonen som nevnt i oppgavens innledning. Da jeg kan sees på som en tredje forsker i prosjektet kan man si at bruk av ulike utsiktspunkt vil gi data, forsker, teori - og metode triangulering (Sverdrup 2002: 112). Fra høgskolen i Vestfold har kommunen fått inspirasjon og veiledning av Kjell Caspersen i sin prosess med prosjektet ”nærmiljøhuset.”

Sluttevaluering utføres av høgskolen i Østfold ved Arve Negaard. Organisasjonsmessig er det samarbeid mellom høgskolene ved ”Oslofjord alliansen.” Kvaliteten på evalueringa er avhengig av tilgangen på dokumentasjon, innspill, kompetanse, størrelse på evaluerings stab, tid til rådighet og økonomiske ressurser.

## **5.0 Presentasjon av funn om hvorfor det var ønskelig å forsøke en annen organisering av 4 års konsultasjonen ved helsestasjonen**

For å kategorisere opplevelser og erfaringer vil jeg forsøke å plassere disse innenfor utvalgte forsknings spørsmål. I dette avsnittet besvares respondentenes syn på overnevnte spørsmål.

I del 6 og 7 besvares de to siste forskningsspørsmålene om hvordan prosjektet ble utført og hvilke erfaringer utførende deltakere sitter igjen med. Selve arbeidsfasen er utdypet i sistnevnte del sammen med case fra respondentene.

Tidligere forskning og litteraturodrøftinger nevnes fortløpende etter hvert i teksten der det faller naturlig. Sitat er resymert i anførselstegn.

*Denne delen er knyttet til det første forskningsspørsmålet og hvorfor organisere 4 års konsultasjonen ved helsestasjonen på en annen måte?*

Samtlige respondenter viste først og fremst til helhetstenkning. Tre hovedpunkter kom frem under dette perspektivet: behovet for samordning og samarbeid om felles målgruppe og det holistiske menneskesyn. Til sist var det fokus på ressurser.

### **5.1 samordning om felles målgruppe,” vi har hver vår ryggsekk med inn i settingen”**

For å sette svarene til mine respondenter i en ramme valgte jeg å se på den sosiale konteksten helsesøster og prosjektgruppa jobber innenfor i et strukturelt perspektiv, hvor det i teorien ble beskrevet hvordan arbeidsoppgavene gradvis ble delt opp, og hvor man med både vertikale og horisontale metoder må binde sammen de ulike elementene igjen.

De som ble intervjuet syntes prosjektet som en nettverksgruppe var positivt, ”for å utveksle erfaringer og kunnskap på tvers av faggrupper med det håp å bidra til gode løsninger .” Som nevnt tidligere opprettes oftere nettverksgrupper eller matriser som familiesentre for horisontalt å samordne og utnytte kompetansen bedre. Min ene respondent fremhevet Rygge kommune i denne forbindelse som har lagd en felles organisatorisk enhet. Respondenten sier at ” der har man sett fordelene med ikke lengre å ha ensartete faggrupper i etatene.”

I 2001 bevilget Sosial og helsedirektoratet tre millioner kroner i tre år til utprøving i Norge og seks kommuner fikk prosjektmidler til familiesentre. Evalueringen i 2006 av brukere viste rask og helhetlig hjelp med reell brukermedvirkning, og erfaringen ble så god at ordningen ble videreført. Jeg vil vise til Larvik kommune i oppgaven min senere som har denne organisasjonsmodellen.

Man ser at over halvparten av landets kommuner har siden 1990 tallet fått flat struktur hvor nivå med mellomledere er fjernet. Utgangspunktet er en ”konsernmodell” med kun ett ledernivå som har produksjonen under seg. Man kaller dette for New Public Management og ønsker å fjerne seg fra den byråkratiske oppfatningen. Dette gir samme krav til samordning etter at ansvar er fordelt som beskrevet ved Bolman og Deal.

Utviklingen har medført at politikken er skilt tydeligere fra administrasjonen men også at mange av politikerne ikke har bakgrunn i det fagfelt de er øverste leder for (Flermoen 2001). Referansegruppa i prosjektet skulle være med å gi signaler, men kunne ikke sitte i selve prosjektgruppa nettopp for å skille politikk og administrasjon. Utviklingen har også medført mer virksomhets planlegging og målstyring.

I den demokratiske utviklingen som er beskrevet forut er det noen som mener at ”helsesøster sin tjeneste er mindre karakteristisk,” mens andre mener at ”profesjonen er styrket med hensyn til jurisdiksjon.” Da helsestasjonsloven ble iverksatt i 1974 ble helsesøster sitt lederansvar ovenfor helsestasjonsvirksomheten fastsatt. Noen mener at dette styrket helsesøsterens posisjon sett i forhold til dagens praksis.

I følge lovverket skal man utarbeide en samordnet plan for den kommunale virksomheten og en årsplan for helsesøstertjenesten. En politisk behandling av disse planene vil styrke debatten om og prioritering av tjenestene. Som respondenten sa” blir tjenesten og arbeidet som gjøres synliggjort.” Det er rimelig å anta at mange helse og sosialutvalg behandler slike planer og ikke nødvendigvis kommunestyret.

”Kommunikasjon og arbeidsdeling letter når man er innenfor felles etat og kan på sikt bli tids og kostnad besparende,” sa en respondent. For eksempel er fysioterapeutene i Sarpsborg kommune i samme etat som helsesøster. I andre kommuner som Fredrikstad er fysioterapeutene underlagt kurativ virksomhet. Det å være plassert i felles etat kan allikevel ha sine begrensinger i forhold til personvernet og arkiveringsloven, men få hadde fokus på dette.

Mine respondenter ser utfordringer knyttet til den organisatoriske utviklingen som har skjedd og jeg relaterer dette til Jacobsen sin figur fra teorien.

-I forhold til arbeidsdelingen: Helsesøstre her i Norge tar ansvaret for vaksinasjonsrådgivning og oppgaver som for eksempel i Danmark utføres av allmennpraktiserende leger og i U.S.A. av spesialister i pediatri. Forutsetningen for at det her i landet skal fungere godt er nært samarbeid mellom profesjonene og at befolkningen vet "hvem som gjør hva."

Noe arbeid kan overlappe hverandre mens andre utelates fordi det befinner seg i en gråsoner. Flatø- utvalgets utredning har sett på samordningen til utsatte barn og unge, NOU 2009:22. De fleste kommuner har klare kriterier for disse gråsonene og "barna stykkes opp etter diagnose." De barna med autisme hører egentlig inn under habiliteringstjenesten sitt ansvarsområde. I tilfeller hvor barnet har vansker av psykisk art i tillegg, tar barne- og ungdomspsykiatrien over. Dette er ulikt mellom kommunene.

-I forhold til formaliseringen: Formalisering kan settes inn i Mintzberg vertikale samordning hvor arbeidsoppgaver settes inn i faste rammer med rutiner og prosedyrer, og beslutningsmyndighet fordeles. Som oftest vil barn med funksjonshemming eller psykisk lidelse ha behov for tjenester fra begge nivåene og da er kvaliteten på samhandlingen viktig for hvordan tilbudet oppleves. Faren ved å samordne er at dette samordnes internt fremfor mellom etater. Når det mangler et tverr sektorielt perspektiv kan det medføre at noen barn "faller mellom to stoler," som respondenter kaller det når man mister evnen til å se helheten (se forøvrig prosjektets resultatmål). Et eksempel kan nevnes her i forhold til pleie og omsorgstjenesten. Det fins personell til omsorgen men det kan mangle sted for barnet å bo. Det pekes på uklart lovverk som en årsak da det strides om hvem som har ansvar for boligen, kommune eller sosiallovgivningen.

- i forhold til den spesialiserte utdanningen: Man fordyper seg i en del av mennesket og mister helheten. "Høgskolene har fått økt fokus på tverrfaglige utdanninger noe som kan skape en felles kultur for profesjonene," sa den ene respondenter. Den psykososiale utdanningen for barn og unge er et eksempel som kan styrke den horisontale samordningen, jamfør Mintzberg.

Som vi ser er en tydelig men helhetlig oppgave og ansvarsfordeling mellom de ulike aktører i og utenfor helsevesenet avgjørende for tilbudet som gis barnet og familien.

Men dette *alene* kan ikke avhjelpe. Det er viktig å se på strukturen og prøve ut organisasjonsløsninger blant annet fordi man trenger flere arenaer å møtes på, som i prosjektets tilfelle ble barnehagen. Noen kommuner har laget serviceerklæringer som viser hva de ulike enhetene forplikter seg til. I Trondheim kommune står det for eks at 4 års konsultasjonen kan utføres i barnehagen.

Vi har i dette avsnittet sett at når samfunnet endres, vil også organiseringen av helsetjenesten det. Mange profesjoner er blitt til og jeg har vist noen tanker omkring helsesøstertjenesten som har ansvaret for 4 års konsultasjonen.

## **5.2 Tverrfagligheten og samarbeid, ”organiseringen knytter mange gode krefter sammen slik at vi ikke sitter på hver vår lille tue”**

I det underliggende vil jeg rette fokus på neste tema respondentene hadde på helhetstenkningen som lå til grunn for prosjektet.

Flere så behovet for en felles relasjon mellom helsesøster og de andre aktørene omkring familien, ved et samarbeid.

Som vist i teorien lyktes helsesøster å ledsage i arbeidet mot infeksjonssykdommene. Man forsøker å bekjempe sivilisasjonssykdommene med helseopplysning omkring betydning av fysisk aktivitet og ernæring for å forebygge hjerte- kar lidelser og forebygge ulykker. Det tredje paradigme er de såkalte ”samsykdommene” som er virkningene av det moderne samfunn med vantrivsel, stress, atferdsforstyrrelser, rusmisbruk og mer.

De nye oppgavene på det psykososiale felt er diffuse og de er helsesøster ikke alene om men deler på oppgaver og myndighetsområde med mange. Tema er preget av mangfold hvor det er vanskelig å lage bra nok tilnærmingmåter.

Den ene respondenten svarte til dette at i ”motsetning til før da man henviste til spesialister så trekkes nå fagfolk inn i helsestasjonen, hvor man sammen med familien kan finne løsninger. Ikke bare for barnet men for å vurdere den totale situasjonen barnet og familien befinner seg i.”

Også andre møteplasser er viktig å etablere for tettere kontakt omkring brukeren. Det finnes ikke et stort felles lovverk som omhandler samarbeid mellom profesjoner men mange enkeltbestemmelser som viser til en plikt å gjøre det.

Kommunehelsetjenesteloven § 1-4 ilegger helsetjenesten et krav om samarbeid når det vurderes som tjenelig ovenfor foreldre og barna. Den enkelte skal bidra til forsvarlighet i sin utøvelse, heri å samarbeide om behov for det. For helsesøster gjelder i tillegg en spesifikk bestemmelse om rutiner for samarbeid med fastleger og andre kommunale tjenester i forskrift om helsestasjons og skolehelsetjeneste § 2-1. PPT sitt krav om samarbeid følger Opplæringsloven 5-7, barnehagene etter Barnehageloven § 21-22 og man kan vise til kravene i intern kontroll, forskrift til individuell plan med flere.

”Enkelte kommuner har lagd vedtak på samarbeid slik Fredrikstad kommune, og når det er på systemnivå blir det gjeldene for alle,” viste den ene respondenten til og mente systemer og rutiner for tverrfaglig samarbeid i omsorgs og oppvekstseksjonen fra 2006.

Respondentene peker på flere positive sider som ligger til rette ved et tverrfaglig samarbeid:” arbeidsoppgaver kan bli bedre fordelt, det er en annen tilnærming på utfordringer og det skapes en forståelse for den enkeltes fag og holdninger.” Dette samsvarer med Jacobsen i det foregående.

Stortingsmelding nr.47, Samhandlingsreformen bygger på at samarbeid er en av oppvekst og omsorgs sektorens viktigste utviklingsområder fremover.

En respondent sa at man skal ikke ”hvile på laurbærene med statusen tillit alene men hele tiden tilegne seg formell kompetanse og kunnskap. Uten oppdatert kunnskap på eget fag er det ingen vits i tverrfaglig samarbeid.”

En nevnte samarbeidet omkring barn og unge med ADHD ( attention- deficit- hyperactivity- disorder) i denne forbindelse. I behandlingsmanualen for ADHD i Østfold er flere sammen omkring samme barnet men de diagnostiserer og velger tiltak hver for seg.

Lauvås skiller i den sammenheng flerfaglig fra tverrfaglig samarbeid og peker på betydningen av at partene som samarbeider bør være likeverdige og at det skjer en gjensidig kompetanseutveksling og læring mellom profesjonene (2004:53).

Noen viste til fordelene med elektroniske hjelpemidler for å arbeide sammen, ”et felles verktøy.” Erfaringene som ble gjort innen samarbeid i prosjektet omtales senere i oppgaven.



Spesialiseringen som nylig omtalt henger sammen med det motsatte av et helhetlig menneskesyn, en reduksjonisme, hvor man stykker opp den menneskelige organismen. Det er ikke behøvelig at man mister helheten for det, men i de tilfeller man gjør det, vil barnet og familien bli skadelidende. Tverrfaglig samarbeid vil medvirke til å ivareta det helhetlige synet på barnet og familien.

### **5.3 Det holistiske menneskesynet,” selv om vi har ulike roller og relasjoner kan vi sammen oppnå målet, i fellesskap med barnet og familien”**

Det humanistiske grunnsynet i omsorgen underbygger helhetssynet med respekt til mennesket og tro på personlig vekst og utviklingsmuligheter, i et ekte og omsorgsfullt miljø. Den helsefremmende tankegang med fokus på ressursene hos den enkelte støtter dette (Stortingsmelding nr. 39). Min førforståelse viser tilbake på dette menneskesynet og valgfrihet har det siste tiår vært en verdi som sikres familien også i helsestasjonens metoder.

”Foreldreveileder programmet” som ble introdusert i 1995 av barne- og familie departementet som satsingsområde hadde tverrfaglig tilnærming med det ønske å mobilisere familiens ressurser til å handtere utfordringer. Begrepet ”empowerment” brukes synonymt med myndiggjøringen og defineres som at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra sin situasjon og finne løsninger i fellesskap med andre (NOU 1998:18).

En god omsorg vil etter Kari Martinsen sin omtale være å tilpasse den til hver enkeltes behov og levert på en slik måte at det oppleves som positivt. Der man vil trenge assistanse over tid av hjelpeapparatet, kan medvirkning forhindre følelsen av maktesløshet. Tillit skapes ved kontinuitet i omsorgen samt faglig dyktighet og det vernes juridisk og etisk fra maktutøvelse ved flere profesjoners yrkes etiske retningslinjer samt lovverket. ”Terskelen for å gripe inn i familien og stille krav til foreldrene er høy både kulturelt og rettslig,” sa en respondent.

Evnen den enkelte familie har til å handtere sine utfordringer avhenger av ressursene, slik som livssituasjon, læringsnivå, personlighetstrekk og holdninger. Knyttet til dette er spørsmål om hvilken rett man har til å avstå fra å intervenere. Hvor går grensen mellom individets frihet og helsesøsters faglige ansvar? Man skal ha informasjon også ved

behov man ikke er seg bevisst. Helsesøster kan ved sin fagkunnskap se at behovet er tilstede og må gjøre den andre veiledbar med informasjon og motivasjon.

En respondent hadde opplevd foreldre som ønsket at man vedtar beslutning på deres vegne ved at ”fagfolk vet best.” Da er det viktig med informasjon og tid til å la foreldrene tenke over situasjonen slik at de myndiggjøres. Familien har rett til å ta selvstendige valg og velge en atferd som ikke er helsefremmende.

En humanistisk tankegang innebærer respekt til menneskets ressurser og evner til å ta egne beslutninger, men dersom det blir en norm å ensidig fokusere på ressurser kan den andre finne det vanskelig å be om hjelp da man burde være selvhjulpen. ”Idealet er å møte dem der de er, høre hva de er opptatt av og hvilke behov de har,” sa en respondent. Hver familie har kunnskap og erfaring om seg selv, og må derfor definere hva de opplever som viktig.

En annen uttrykte så fint at i forbindelse med spesialiseringen som kan medføre at helhetsperspektivet omkring hjelpen mistes, så har ”brukeren på sin side dette, og trenger å forholde seg til et samlet hjelpeapparat.”

Dersom barnet har en fremadskridende sykdom og hvor en ikke vet hvordan ting vil bli bør det rettes fokus på behovet for tjenester, fremfor mål i fremtiden. Ikke alltid er skolestart operasjonelt og det blir viktigere med kortsiktige, oppnåelige mål som det kan jobbes mot. ”Foreldre og barn kan ha mange drømmer om framtiden, visjoner. Fagpersoner har arbeidet med diagnoser og prognoser samt vet hva forskning sier er mulig. Slik er nok hjelpeapparatet mest bekymret”, sa respondenten.

Ved sykdom vites ikke hvordan barnets utvikling blir på lang sikt. Den medisinske og tekniske utvikling blir stadig mer avansert og gir uante muligheter. For det andre kan drømmer skape motivasjon til å oppnå andre resultater enn hva fagprofesjonen trodde var mulig.

Omsorgsapparatet innehar fagkunnskap men også kunnskaper som dekker egne synspunkter. Denne må derfor være bevisst hvordan veiledningen kan påvirke den andre. Min ene respondent var bevisst sin posisjon som en del av det offentlige hjelpeapparatet: ”det kan være vanskelig å innse at man har en utøvende makt når det har gått noen år og alt en gjør blir en vane.”

”Foreldrene har erfaringer fra helsestasjonen som de bringer med seg i den nye settingen med 4 års kontroll i barnehagen” sa en respondent. Det er gjort studier på tjenestekvalitet ut fra et brukerperspektiv i Servkval - studiet som viser et ”gap”, ulike misforhold som kan skyldes alt fra at kunden forventer noe annet grunnet tidligere erfaringer eller omdømme, til at organisasjonen har lovet noe man faktisk ikke kan oppfylle (Bergh 1999).

Delprosjektgruppen gjennomførte spørreundersøkelser av foreldrenes opplevelse av å være med prosjektet. Dette støtter Lundquist sin teori med at man tidligere vektla rasjonelle verdier som økonomi, men nå inkluderes demokrativ verdiene med blant annet måling av brukertilfredshet. Regjeringen har rettet blikket på dette brukerperspektivet i sin Stortingsmelding 41 om kvalitet i barnehagene (2009), hvor det er ønskelig å opprette et nasjonalt foreldreutvalg for barnehager som kan synliggjøre foreldrenes sak. Dette perspektivet har tidligere medført ordninger som pasientombudet, individuell plan og en pasientansvarlig lege.

En respondent sa ”man skal ha i mente at det er barnet en er ambassadør for. ”Hva om barnets behov ikke sammenfaller med foreldrenes behov? Ta for eksempel dette med et barns behov for opptrening og det å beholde hjemmet som et fristed. I slike situasjoner er det viktig å se helheten og huske på at et mangelfullt tiltak ut fra foreldrenes interesser kan gå ut over barnet. Barnekonvensjonen som ble inkorporert i lovgivningen i 2003, gir verdigrunnlag hvor barnet beste veier tyngst.

Samtidig er det viktig slik noen respondenter påpekte ” at foreldrene holder grepet om livet sitt.”Det at foreldrene opplever å ha kontroll over sin egen og barnets helse er viktig for selvbildet, og kan sees på som en helsefremmende prosess.

Tidligere var det vanlig å betrakte barnet isolert uten sammenheng med sin familie og samfunn. De to sistnevnte faktorene er i stadig endring hvor kjernefamilien slik vi kjenner den med ”mor, far og barn” har blitt erstattet med mange andre former for sosiale system. Foreldre er preget av kulturen de selv er vokst opp i, og derfor er samfunnet blitt mangfoldig. Barna oppholder seg lengre på andre arena enn hjemmet, så som barnehage, SFO og fritidsaktiviteter.

Bronfenbrenner forsket på intervensjon på 1970 tallet og så barnet i en større sammenheng noe som i praksis vil det si at man må ha et helhetlig blikk på barnet.

Respondenten sa ” at man må finne ut hva som er av ressurser i familien, nærmiljø og tjenesteapparat.” Denne tankegang startet som nevnt for 30 år siden og resulterte i Ottawa charteret og senere Jakarta deklarasjonen i 1997 som vektla mobilisering av nærmiljø, samarbeid med frivillige organisasjoner og flere. I navnet til prosjektet ”nærmiljøhuset” er det implisitt at dette var ett av hovedmålene, også for delprosjektet ”4 års kontroll i barnehagen.” Det var ønskelig at barnehagen i nærmiljøet ble et naturlig møtepunkt også for de barna uten tilbudet samt for lokalsamfunnene rundt. Tidlig i prosjektet dro mange prosjektdeltakere til Rinkeby i Sverige for å få innblikk i hvordan hele nærmiljøet er inkludert i skoleområdet. En respondent impliserte at ikke alle hensikter er like aktuelt på alle delprosjekt. Å mobilisere nærmiljø var for mange familier med 4 åringer ikke så aktuelt: ”Et barn kunne være bosatt i en annen enn barnehagen det gikk i. Det måtte i så fall være det å påvirke foreldre til å søke barnehagen i nærmiljøet.”

En siste grunn til at man ønsket å gjennomføre prosjektet var å se om man kunne nytte ressursene i kommunen på en annen måte.

#### **5.4 Å nytte ressursene på en best mulig måte**

Omsorg til familien, barn og unge er lovhjemlet men kommunenes økonomi avgjør i betydelig grad om lokalbefolkningen behov blir imøtesett.

Det å arbeide mot felles mål basert på egen og felles fagkunnskap ble av respondentene sett på som meningsfylt og sier videre at ”dette bidrar at den samlede kompetanse utnyttes og er således mer effektivt.”

”Når helse og oppvekst tjenesten rommer mange mål og oppgaver, kan det innebære at noen retninger blir mer dominerende fremfor andre” sa en respondent.

En respondent nevnte fysioterapeuten som eksempel hvor det å rehabilitere og behandle oftest må prioriteres fremfor kompetansen på helsefremmende aspekt. Det kan være en påkjenning å være mellommann hvor man på den ene siden har menneskers forventninger og mål i planen som man da ikke kan innfri grunnet for lite ressurser innen virksomheten.

Lundquist omtaler konflikten den offentlige ansatt står i ved de ulike relasjonene. Når hver stein må snues for å spare, kreves det mot til å stå i mot ledelsen i organisasjonen, samtidig som en viser integritet for loven.

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 sier at kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunene og fagpersonell kan oppfylle sine lovpålagte oppgaver. Det ligger altså et krav til virksomheten og et individuelt krav til den enkelte kommunale ansatt om å inneha ressurser til arbeidet.

Respondentene fortalte at tidligere flyttet foresatte til den kommunen med beste tilbud for barna. Nye muligheter har kommet de senere årene for å imøteset barn med spesielle behov. Kommunene kan nå søke tilskudd økonomisk fra staten når man har barn som krever omfattende ressurser.

En respondent forteller: ”Noen midler i kommunen er øremerket forebyggende tiltak hvor man må begrunne sine behov. Det er et spørsmål hvorvidt 4 års konsultasjonen i barnehagen vil gi bedre grunnlag for grunnskolen og mindre tiltak inn der?” Arbeidet utføres ut fra bestemte ideologier. De ulike faggruppene som ble intervjuet virket å ha stort sett ens forankring med lik betydning av forebyggingsbegrepet, og mente dette var et viktig aspekt med å samarbeide om 4 års undersøkelse i barnehagen. Utsagn som ”jeg tror at prosjektet vil være tidsbesparende i lengden, man slipper de trøblete ting i skolen” og at man ”tror på tidlig satsing, slipper å henvise og lure ved skolestart.”

For å se om tilbudet kan gis i prosjektkommunen er det sett på antallet barn og barnehager i forhold til humane ressurser, fortrinnsvis helsesøster og fysioterapeut. Internevaluering konkluderte med behov for flere årsverk for å oppfylle kravene til god kvalitet. Hensikten med prosjektet var å omdisponere eksisterende ressurser, se teoriomtalen.

Flere ring effekter nevnes av respondentene, ”det kan gå utover den vanlige jobben og gjøremål fordi modellen som er prøvd tar tid. Det gjør det også å reise rundt og vil tilføre kommunen transportutgifter. Noen undret seg over tilgjengeligheten på helsestasjonen og hos fysioterapeuttenesten når de er i barnehagene.”

I praksis betyr det at ved valg av tiltak må en vurdere brukerens behov, hvor alvorlig situasjonen er, og nytte forbundet med tiltakene. På prosjektets intern evaluering kom det frem at foresatte som hadde deltatt i prosjektet, ønsket 4 års konsultasjonen både på

helsestasjonen og i barnehagen. Larvik endte opp med denne blandete modellen etter å ha forsøkt begge ett år.

”Totalt sett økes arbeidsbyrden betraktelig mens bemanningssituasjonen ikke følger samme utvikling”, sa en respondent. Helsesøster har ingen synlige ventelister men det er forsøkt å utarbeide og vise til normtall for å synliggjøre og tilpasse arbeidsmengden. Selv om man vil normere etter innhold så viser utviklingsstrategien til en normering på helsestasjonens bemanning. En helsesøster kan følge opp 65 fødsler i året under forutsetning at det er merkantil personell i 20 % stilling, en lege i 20 % stilling samt en fysioterapeut to timer uka per 100 fødsler. Utviklingsstrategien viser at det er gap mellom forslag til minstenorm og KOSTRA tallene for helsesøster, fysioterapeut og lege tilsvarende 1500 årsverk. Dette til tross for en økning på 372 årsverk siden 1994. Kommunens andel av driftbudsjett brukt på helsestasjons og skole helsetjeneste i 2008 utgjorde en prosent (Helsedirektoratet 2010 s.12). KOSTRA er den kommunale rapporteringen om tjenester og ressurser til staten, men den sier lite om kvalitet.

Effekten av lite forebygging og helsefremming sees i et langtidsperspektiv. For å sikre nok humane ressurser viser helsedirektoratet til noen variabler i kommunen til grunn for økt bemanning. Dette er dersom det er lave scor på levekårsindeksen i kommunen, mange med minoritetsbakgrunn, større geografiske avstander og barn med spesialbehov plassert i helsestasjonens oppfølgings gruppe 3-4 (ibid s.54).

Som sagt så er ikke alle er enige i normering av tjenestene men mener man skal styrke tjenesten med god kompetanse og kvalitetsarbeid, implisitt å samarbeide med andre aktører. Lundquist sier at det ikke er forsvarlig å redusere den offentlige virksomhet til kostnadseffektivitet. Han synes økonomiverdiene er i ferd med å fortrenge de demokratiske verdiene i offentlige virksomheter hvor det er den ansattes ansvar å opprettholde balansen. Teori om vår tilfredshet i arbeidet sier at våre behov, verdier og forutsetninger må ha et godt samspill med hverandre, hvor utilfredshet skyldes forskjeller mellom ønsket til og faktiske erfaringer med jobben (Bakken 2002).

De fleste respondenter peker på den generelle økningen i brukere da det er en generell vekst i befolkningen med høye fødselstall. Andre peker på den økende mengde barn og familier fra andre kulturer gjerne med et annet språk som krever tolk, og konsultasjonen kan bli langvarig. Også nettverkstiltak er aktuelt for å styrke disse familiers rammebetingelser.

Et annet eksempel som kan nevnes er andrelinjetjenesten som tilbakefører oppgaver og ansvar til primær helsetjenesten, som ved at liggetiden på barsel er redusert hvor mor og barn skrives ut etter 48 timer. Den nye veilederen med retningslinjer for veiing og måling fastslår at barnet skal veies innen 10. levedag og ikke 14. levedag som praksis har vært til nå. Mange har vansker knyttet til ernæringen med blant annet amming, og trenger kyndig veiledning. Man vet at så mange som 6000-9000 barselkvinner sliter med symptomer på angst og depresjon. Dette gjør barna sårbare for mindre utbytte i samspillet. Man kan fange opp dette ved kartleggings skjema som EPDS (Edinburgh postnatal depression scale), men det krever tid til gjennomføring, oppfølging samt et godt behandlings tilbud (Folkehelseinstituttet 2007). Flere faktorer kunne her nevnes som eksempel på viktige oppgaver som helsestasjonen må følge opp for risikogrupper og da på bekostning av befolkningsstrategien, hvor 4 års konsultasjonen kategoriseres.

Det fremkom noen synspunkt på nytte av dagens ordning på helsestasjonen i siste rapport fra helsedirektoratet. Man har tidligere lurt på om fast legeordningen er et tap i forhold til samfunnsmedisin på helsestasjonen og skolen, men det fremkommer at tiden som er satt til 7,5 timer uka ikke nyttes (2010 s. 65). I prosjekt kommunen rommer ikke 4 års konsultasjonen legekonsultasjon og samarbeid må gå på de tildelte timene som i praksis gir legeundersøkelse når barnet er 6 uker, 6 måneder, ett og to år gammelt samt på førskole undersøkelsen. Selv om helsestasjonen sine tilbud er basert på frivillighet er de foresatte pliktet å la barnet sitt få helseundersøkelse noe som like godt kan skje hos en fastlege. I Trondheim kommune forsøker helsesøstertjenesten i et skoleprosjekt å samarbeide med disse.

I den nye samhandlingsreformen fra 2009 fremgår det et ønske om sterkere folkehelsearbeid, og i statsbudsjettet for 2010 ble det bevilget 230 millioner til forebyggende helsetjenester i kommunen, hvor helsesøstertjenesten er en del av mange.

## **6.0 Presentasjon av funn omkring styring, formalisering og argumenter for barnehagen versus helsestasjon som arena for 4 års konsultasjon**

*Denne delen er knyttet til de to siste forskningsspørsmålene om hvordan prosjektet ble utført og hvilke erfaringer de utførende deltakere gjorde seg.*

### **6.1 Styring og organisering av prosjektet**

Samordningens to strategier er tidligere omtalt, hvor prosjektet kan sees på som et blandingsforhold mellom vertikal og horisontal samordning innenfor det instrumentelle perspektiv.

Jeg valgte i teoridelen å organisere nærmiljøhuset og delprosjektet inn i en vertikal samordning, hierarkisk. Ordningen var forankret i øverste nivå i organisasjonen, hvor den vertikale samordningen har hatt en klar oppgave med å sørge for at innsatsen er målrettet i nivå under. I situasjoner som vedvarer over tid, i dette tilfellet over tre år, er styring viktig.

Horisontal samordning skjer ved kommunikasjon på systemnivå mellom faglige og administrative arenaer samt på tvers av sektorer, etater og nivå i prosjektet. Bolman og Deal sier at horisontale samarbeidsformer kan fungere raskere og være mer fleksibel ovenfor den enkelte. Et nettverk mellom etater er effektivt og relevant for å løse komplekse oppgaver (2004:77).

”Planer er viktige for å få til en helhetstenkning” sa en respondent, med god støtte i litteraturen. Planleggingsarbeidet har to viktige funksjoner. For det første for å planlegge selve handlingen men også som prestasjonskontroll hvor man har nyttet indikatorer for å se om målet er nådd. 4 års kontrollen i barnehagen fikk lagd strategiske mål for å vise til resultat og korrigering etter Deming’s sirkel. En rasjonell planlegging har noen implisitte forutsetninger. Det kan være det å skille mål (bedre helse for barn og familie) fra middel (for eksempel fireårs kontrollen) hvor 4 års kontrollen ikke drøftes som selve målet. Milepælplan i nærmiljøhusprosjektet skulle gi fokus på resultatene og ikke på de aktivitetene som leder frem til dem.

Som oftest kreves det en blanding mellom langsiktig og rasjonell planlegging og en rullerende tilpasning i et prosjekt. Evaluering ble gjennomført av prosjektdeltakere,



hvor det ble skuet tilbake før en gikk videre, noe som kan sammenlignes med Vedung sin flerfasemodell. Vi kan se innslag av formativ evaluering som omtalt i teorien som bidrar til læringsprosesser underveis i prosjektet. Respondentene forteller om dette:” Vi har hatt underveis konferanser og oppsummeringer med den hensikt å se helheten, gi innspill og dele med hverandre. Prosjektet ruller og går, man justerer underveis og det er delprosjektleders ansvar å justere tiltak. Beslutninger tas demokratisk og har man innspill eller ønsker om endringer, bringer man det til hovedprosjektgruppa som sammen ser på det.”

Delprosjektgruppa vurderte den gjennomførte prosessen fra initiering til utfall, som betegner de effekter prosjektet hadde gitt. Dette kalles en summativ evaluering jamfør teorien.

Som vi ser så er prosjektet sammensatt med både kontroll ved summativ evaluering og utvikling med formativ evaluering.

Prosjektet kan på den andre siden sees på som et partnerskap med avtaler for å legge ting i system og sikre kontinuitet. En respondent fortalte at ” de første 11 tiltakspunktene i prosjektet omhandlet hvordan man skulle komme i gang. Noen byttet jobb underveis, kommunen fikk en ny organisering og det ble usikkert hvem som skulle eie prosjektet. Det er forståelig at de første årene tok lengre tid enn antatt.”

Bolman og Deal sier at jo mer komplekst, jo mer kreves av samordning, samarbeid og struktur. Werner Christie utarbeidet for ca 20 år tilbake en skisse for hva kommunen kunne samle inn av opplysninger i sin planlegging. Både en helseprofil med sykdomsforekomst og risikofaktorer, samt en kommuneprofil med data om befolkning og kommunen. For å se forholdet mellom behov og tiltak til sist en helsetjenesteprofil som inkluderte økonomi, personell ressurser, virksomhetsdata og trekk ved tjenestene ( Bergh 1999).

Som vi ser er koblingen mellom miljø og helse blitt fremtredende men alene er denne modellen lite virkningsfull for å definere problemer. Brukermedvirkning er en forutsetning for god og effektiv plan som kan sees på som legitim, sier Lundquist.

Prosjektet tok utgangspunkt i myndiggjøring av lokalsamfunnet. Man kan se denne tenkningen på flere politiske agendaer. Den nasjonale konferansen om ny kommunerolle i folkehelsearbeid som er i prosjektkommunen i høst, ser på den britiske

Charles Landry sine kreative ideer om hvordan man kan planlegge bysamfunnet. Mer tradisjonelt er demografiske opplysninger om kommunene som gir grunnlag for å planlegge tjenestene fremover i tid. I prosjektkommunen i år er det 620 fire åringer og man vet at antallet barn vil stige i årene fremover. Fødselstallet året som gikk var ny rekord siden 1970 tallet i følge utviklingsstrategien.

Helsestasjonen vil i dette være en viktig premissleverandør ovenfor politikere og administrasjon på sin kunnskap om ramme faktorene på sosioøkonomiske forhold som er av betydning for både somatisk og psykisk helse. Det er viktig at konsultasjonene registreres med behov og tiltak for å se om det som gjøres har effekt. I prosjektet ble dette etterregistrert, men det mangler i det daglige arbeidet hos helsesøster i denne kommunen. Det er synd fordi det kan bli nyttet som styringsverktøy i det helsefremmende og forebyggende arbeid, da kommunens tilbud skal tilpasses de lokale behov og forhold.

Mintzberg har i sin strukturelle teori utelatt verdipåvirkning som en faktor som leder til felles mål. Som Lundquist nevner er avgjørelser man gjør og spesielt de basert på skjønn, påvirket av både kunnskaper og verdier. Flere styrende handlingsplaner har begynt å inkludere verdiene tiltakene er tuftet på. For kommunene hvor nærmiljøhusprosjektet pågikk var dette ”oppvekst og utdanningspolitisk plattform” som beskrev verdigrunnlaget for arbeidet for barn og unge. En verdibasert ledelse ser på hvilke verdier som er sterke nok til å være samlende.

I de kommuner som velger organisering med flat struktur, og som da mister sin tradisjonelle overvåkning med mellomledernivå, må kulturen være hensiktsmessig med hensyn til verdier, innsatsvilje og lojalitet. Fra at staten innehar ekspertrollen lar de kommunene bestemme selv hva som er gode løsninger lokalt. Innholdet i begrepet ”empowerment, ”kan overføres fra individ til gruppe og samfunnsnivå hvor det ønskes at kommunen får overkommelighet til å mestre sin situasjon, utføre pålagte oppgaver og tilføre ressurser (Slettebø 2000). Overkommelighetene er avhengig av hvilke ressurser man rår av personlig, faglig, organisatorisk, sosialt og teknologisk art (Hansen 2006).

”Mye avhenger av evalueringen om man viderefører prosjekt,” sa en respondent. Weiss sier at politiske aktører nyttiggjør seg resultatet i evalueringer på fire måter. Som en rettleiding, en instrumentell bruk hvor man løser konkrete problemer slik som dette prosjektet. Som ledd i en fornyet begrepsdannelse hvor våre oppfatninger om

sammenhenger om samfunnet, formes både ubevisst og bevisst. Som mobilisering av støtte, en strategisk bruk av forskningen. Som et symbol hvor det er ulike grader, alt fra passivt ”vise frem” til sosialisering (Foss 2000).

Det kan nevnes to eksempler på symbolpolitikk i forbindelse med prosjektet. Man reflekterte i lokalavisa over nærmiljø området ”Sandbakken,” hvor den ene barnehagen lå. Dette medførte en markedsføring av området utad som ”her skjer det noe positivt for nærmiljøet.” Slik sett har prosjektet vært med på å skape omdømmebygging lokalt.

Utad da leder for Nærmiljøhusprosjektet kom med innspill på konferansen til Våler kommune, Østfoldhelse og Norsk nettverk av helse og miljøkommuner. Den het ” et steg i riktig retning, hvordan arbeide for å utjevne helseforskjeller?”

Som vi ser så er forebygging et viktig aspekt med all planlegging hvor det forsøkes å være føre var og ikke vente til problemet oppstår. Ved å ha jevnt oppfølging av prosjektet kan forandringer identifiseres og tiltak iverksettes deretter. Fokuset rettes både på hvorvidt man gjør de rette tiltak ut fra rammeverk, og om de er til samfunnets beste (Aune 2000). Det bringer oss over på neste punkt.

## **6.2 Formaliseringen,” det hele dreier seg om hvordan du skjøtter yrket ditt”**

Som vi har sett ble mange velferdsoppgaver desentralisert, men samtidig ble friheten til å bestemme hvordan disse oppgavene skulle løses politisk regulert. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten 2005-2015, sier målet for arbeidet er gode helsetjenester. Kvalitetsbegrepet er også beskrevet nærmere i Nasjonal helseplan 2007-2010. For helsesøster stilles det krav til faglig forsvarlighet i Helsepersonelloven § 4, i tillegg til kommunens lovverk.

Den enkelte profesjonsutøver har tidligere vurdert hva som er riktig løsning i en situasjon ovenfor mennesker ut fra fagkunnskap og regelverk.”Nå kommer det stadig flere profesjonelle standarder som veiledningsserien fra helsetilsynet, med informasjon om hvordan arbeidet skal utføres,” sa en respondent.

Dette er en innholdsregulering, i motsetning til antallsnormering som omtalt under ressurser. Positivt med slik standardisering er at man får formelle forventninger til hvordan man skal opptre, og dersom man følger disse kan befolkningen være sikret den

etiske dimensjon med like muligheter og forutsigbarhet. På den andre siden er det ikke lagd noe incetiv- kontroll for ikke å følge prosedyrene i slike veiledningsdokumenter.

Det er det derimot ved lover og forskrifter. Der det er stabilt, der rettssikkerheten må vektlegges og der man vet hvilke tiltak som må til for å løse oppgaven, er det nyttig med normative tiltak, men selvfølgelig tilrettelagt den enkelte bruker.

En respondent trakk frem harmonisering av regelverk med samordning innen helse og sosial lovgivningen. En annen trakk frem at private tjenester skulle vært inkludert i lovgivningen, med et felles verdigrunnlag for tjenestene.

Som vi ser kan regelstyring og normer plassert på øverste nivå i organisasjonen gjøre at de ansatte vil tilpasse sin atferd. Men lover og forskrifter sier ikke noe om når barnet har rett på omsorg fra det offentlige. I følge respondentene ”har noen familier ventet opp i ett år på tilbakemelding.” Rapporter fra helsetilsynet støtter dette.

Befolkningen kan ved regelstyring kontrollere fagprofesjonen med rettigheter som innsyn i dokumenter, mulighet til å klage på uteblitt eller mangelfull tjeneste.

Kompetansen man innehar som helsesøster er faglig god. Utfordringen er stadig nye arbeidsoppgaver med krav til kunnskap om det ”mer spesielle.” For 4 åringen for eksempel vil være retningslinjer for undersøkelsene syn, hørsel og språk, likeså i forhold til veiing og måling samt oppfølging av overvekt og fedme. Veiledere på disse tema sees av mine respondenter som ”innspill og ideer ” til å etablere gode strukturer.

Oppgavene er således politisk regulert for å være sikret at den *blir* gjort, gjort bra og hensiktsmessig. Man forsøker å bringe praksisen nærmere normene det som Lennart Lundquist kaller konstruktiv teori (1998:12).

Samarbeid og/eller samordning mellom ulike etater gir utfordringer med hensyn til at man skal ivareta personvern med regler om taushetsplikt, krav om ulik dokumentasjon og arkivering.

### *6.2.1 Dokumentasjon*

Helsepersonelloven pliktlegger helsesøster å dokumentere omsorgstiltak, utveksling av informasjon slik som henvisning og mer. Barnehagen skal dokumentere i forhold til de oppgaver og plikter de har, hvor kravet er at det som er gjort skal være sporbart.

Helsesøster har i prosjektet hatt ansvaret for journalføring hvor veileder for journalføring i helsesøstertjenesten, ligger til grunn for dokumentasjon. I prosjektet har denne vært nødt til dobbelt føring, først på papir i barnehagen, så dataregistrering på HSPRO på helsestasjonen. Det å utføre 4 års konsultasjonen tverrfaglig vil kreve en ny metode, også i data programmet. I prosjektet valgte fysioterapeut å loggføre sin dag, ikke barna. Hvor stor andel barn som har utført helseundersøkelser ved 4 år skal også registreres som en av seks data på KOSTRA.

I andre vestlige land som Tyskland, har man en foreldreoppbevart helsebok for å samle helseopplysninger ett sted. Dette kommer i tillegg til journalføring og har til hensikt å lette kommunikasjonen mellom alle profesjonene rundt barnet. I 1995 ble dette forsøkt i Telemark, men jeg har ikke klart å finne erfaringen som ble gjort (NOU 1995:26).

### *6.2.2 Prosedyrer, henvisning og oppfølging.*

Dag Jakobsen sier at arbeidsoppgaver må settes inn faste rammer, med rutiner og prosedyrer med fordeling av beslutnings myndighet. I prosjektet nyttet man de prosedyrene som allerede forelå uten noen tilpassninger. Det ble derimot lagd noen verktøy til selve undersøkelsen og det tverrfaglige samarbeidet.

Ingen rutine beskrivelse ble lagd for det operative nivå, selv om en av hensiktene var å endre prosedyre for samhandling. Dette kan sees på som en mangel i det interne kvalitets kontroll system som imøteser regelverk, sikre forutsigbarhet og effektivitet i tjenestene.

Til sammenligning uttalte de ulike profesjonene seg i Larvik med hensyn til rutiner og spørreskjema til foresatte. Både førskoleteamet på PPT, fysioterapeutene i helsestasjonstjenesten og barnevernstjenesten kom med innspill og ble inkludert i retningslinjene. Etter ett års bruk kom man med sine erfaringer og den korrigerte prosedyre ble lagt inn på data og fagsystemet permanent.

Henvisning og oppfølging. Veiledere fra sosial og helsedirektoratet på somatisk undersøkelse, på syn, hørsel og språk med flere, er for helsestasjonen et screeningsinstrument som sammen med en klinisk vurdering kan gi grunnlag for henvisning til spesialisthelsetjenesten Tidligere rapporter viser at henvisninger til det psykiske helsevernet var mangelfullt utfylt (SINTEF A 595), og det er gjort forbedrings arbeid på skjema for å bedre kvaliteten.

Henvisninger kan sees på som en terskel, noe prosjektet hadde som hensikt å fjerne ved et tverrfaglig samarbeid. Barnefysioterapeutene arbeider etter henvisninger og prosjektet gjorde ingen forskjell i så måte.

Slik det fungerer i dagens praksis opplever respondentene at samarbeidet og oppfølgingen om barnet blir personavhengig. Prosjektets mangel på rutiner for å avklare hvilke oppgaver den enkelte hadde medførte lite forbedring på dette feltet.

En respondent sa, ”jeg er ikke sikker hvem som henviser til PPT dersom vi avdekker språkvansker i forbindelse med dette, det er jo i utgangspunkt barnehagen sitt ansvar.” En annen mente også at barnehagen hadde ansvaret for språket: ”Våre lovmessige føringer er rammeplanen som ilegger oss oppgaver i forhold til barnets utvikling på språk.”

Veilederen sier at det er helsestasjonen sitt ansvar med oppfølgingen i denne settingen.

Senere i oppgaven viser et eksempel at en mor tok opp vansker hos barnet sitt og ble anbefalt barne- og familie teamet sitt tilbud. Det ble vist en fleksibel løsning hvor mor selv skulle ta kontakt med etaten da hun ønsket det. Skulle det ha vært løst på en annen måte? Barnehagen ser mor og kan spørre hvordan det går, mens 4 års konsultasjonen som avdekket problemet er i helsestasjonens regi. Helsesøster ser ikke familien før førskoleundersøkelsen. Det humanistiske/ helhetlige menneskesyn tilsier at mor selv kan ta ansvar i denne situasjonen.

Tiltak må godkjennes av foresatte gjerne på en skriftlig plan slik at de kan få kopi utdelt. Tiltaksplan etter en 4 års konsultasjon synliggjør behov og kan være med på å utløse nødvendige tjenester, men gir ikke ubetinget rettigheter på disse da det er den enkelte kommune som bestemmer hvilke tilbud som gis. Mine respondenter omtaler mangelen på ergoterapeuter til eksempel på en slik ikke lovpålagt kommunal tjeneste.

”Om det er flere fagprofesjoner med for å gi støtte til familien sees det i enkelte tilfeller en fraskrivelse av ansvar i oppfølgingen” i følge min respondent, som samtidig pekte på at dette prosjektet ikke møtte så mange utfordringer. ”Det har vært en normal gruppe med barn, uten spesielle behov. Det har ikke vært noe uenighet, bekymring eller vanskelige tema,” sa flere.

Larvik hadde i sin rutine på 4 års konsultasjonen fremhevet at helsesøster har ansvaret for å initiere tverrfaglig samarbeid rundt barnet i etterkant, uansett om foreldrene og/eller barnehagen ytret noe i den forbindelse.

NOU 2005: 3 sier at ansvaret entydig bør være hos kommunen dersom flere nivå er inkludert. Det er lagt skriv for å sikre god planlegging slik som Odelstings proposisjon nr. 84 (2009) som omhandler oppfølging av barn som pårørende. Helsepersonelloven er også forandret med tanke på det.

### *6.2.3 Taushetsplikten og samtykke*

Ved samarbeid har helsepersonell sin taushetsplikt i kraft av sin posisjon ut fra Helsepersonelloven §§21-29. Dette innebærer alle personlige forhold som fysisk og psykisk helse, følelsesliv, utdanning, arbeid, familieforhold, økonomisk situasjon, men også mindre sensitive opplysninger som bosted, sivilstand og selve klientforholdet er en personlig opplysning.

Sosialtjenesten og barnevernet sitt lovverk er utformet med utgangspunkt i forvaltningsloven men ganske likt helsepersonellets.

Barnehagen og PPT sin taushetsplikt ligger i Forvaltningsloven § 13 og skille er på sensitive / ikke sensitive opplysninger som fødselsdato, sivilstand og lignende.

Fire utsagn dekker noe ulike meninger på prosjektet og taushetsplikten. ”Helsesøster skal ivareta taushetsplikten i forhold til helseinformasjon som muligens ikke ønskes delt med ansatte i barnehagen. Foreldrene hadde ingen mulighet til å være alene med helsesøster for å avklare hva som kan og skal tas opp med pedagogen tilstede.”

På den andre siden var ” ikke taushetsplikten vanskelig å overholde fordi foreldrene alltid var med og tok opp det som var hjertet nærmest, av den grunn faller samtalen naturlig. Man trenger ikke vite alle detaljer, kun de store linjene for å samordne tilbudet.”

En respondent trakk frem at det er fordelaktig å ha en avstand til barnet og familie, ”slik at man ikke vet alt om familien.” Denne problemstillingen kan tenkes særs viktig i mindre kommuner med færre offentlige instanser, der kanskje tjenesteyter er den som også skal fordele ressurser.

Det ble forsøkt å forhindre terskler i samarbeidet på forhand og å bidra til at foreldrene føler seg mer delaktige i prosessen, ved samtykkeerklæring. I prosjektet ble skjema innsamlet og oppbevart i barnehagen. Man kan samarbeide ved å bevare anonymiteten eller oppheve taushetsplikten ved et informert samtykke. Dette følger Helsepersonelloven § 22 og Forvaltningsloven § 13 d.

Et barn forstår ikke hva dette innebærer og foreldrene eller andre med foreldreansvar har rett til å medvirke sammen med barnet. Informert samtykke innebærer at foresatte må vite konsekvensen det kan ha, og en viktig del er hvem som utveksler opplysninger og hvilke opplysninger det begrenses til.

Barn opptrer som part fra 12 år i barneverns og sosialtjenesteloven men skal få si sin mening fra 7 år om personlige forhold. Etter pasientrettighetsloven er det slik at for barn under 16 år skal foreldrene samtykke på vegne av barnet, men barnet har uansett alder krav på informasjon om sin tilstand og behandling.

#### *6.2.4 Skjønn*

Styringsdokumentene som omtalt utgjør et ”ovenfra og ned” perspektiv. Ulempen med for mye vektlegging av rettssikkerheten kan være at politikken kun blir å utforme regler og lover istedenfor å delta aktivt i samfunnsdebatten for nyskapende ideer, sier den britiske forfatteren Charles Landry. Andre uheldige effekter kan være at alle som faller inn under samme regel vil få lik behandling istedenfor individuell oppfølging.

I den nye lovgivningen og veiledningsdokumentene er det samtidig bruker - og mestrings perspektiv hvor man skal ta utgangspunkt i hva brukeren setter på dagsorden ”et nedenfra og opp” perspektiv.

Tidspress og økonomi kan skape lite rasjonalitet. Noen oppgaver er mer synlige for alle og vil dermed kunne ha større prioritet.



### *6.2.5 Tilsynsmyndighetene*

Denne myndigheten har en viktig funksjon med å gi råd og opplysning som medvirker til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket. I 2003 ble fylkeslegen integrert i fylkesmannembetene, men i tilsynssaker opptrer denne som helsetilsynet i Østfold for eksempel, og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn. Disse fungerer som klageinstans når barn/ familien ikke får, eller får mangelfull omsorg. Fylkesmannen har oppfølgingsansvar for helsestasjons og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet 2010 pkt. 2.3).

Noen av mine respondenter opplevde tilsyn som skjerpende og minnte dem på kvalitetssikringen ovenfor det enkelte barn. Andre respondenter opplevde tilsyn som frustrerende og sier at ”barnet måles i tall men ikke tjenesten.” Ved et enkelt data søk hadde flere kommuner merknad på sin helsestasjonsvirksomhet. Man kan regne med at en påpeking vil medføre prioriteringer for å imøtekomme føringene regjeringen setter, men samtidig er det noe i utsagnet om at det er viktig å se på kvaliteten i tjenestene. Det gir brukerundersøkelser informasjon om.

Tradisjonelt planlegger man på hendelser inn i fremtiden men på den annen side har hendelser medført ulike rundskriv og planer. Sistnevnte kan sees på som en korrigering i forbedringsarbeidet som vist ovenfor, for å sikre at man holder den kvalitet som er bestemt i myndighetskravene. Hamar kommune fikk for noen år tilbake offentlig kritikk for sin håndtering av 2 og 4 års konsultasjonen som ble gitt fra helsestasjonen til barnehagene, med den begrunnelse at da fikk helsesøster mer tid til å jobbe med psykisk helse hos barn (Helsedirektoratet, brev 2. mars 2009).

### *6.2.6 Kultur*

Det er kanskje ikke så enkelt å organisere slik at man ”treffer” alle ansattes behov som motiverer (Kaufmann 2003). Antonowsky sier at behov, verdier og holdninger må ha et godt samspill med arbeidet. Det en utfører må oppleves som positivt og gi mening slik at det er verdt å investere energi i, forpliktelse og engasjement.

På den annen side er arbeidet pålagt og nettopp regulert ved lover for å møte kvalitetskravet. Oppmøte på nærmiljøhuset og delprosjekt var obligatorisk og gav kommentarer fra respondentene som: ” det er effektivt med pålagte oppgaver, da legger du alt annet i skuffen. Det gjør at alle er i samme situasjon.”

Det kan være vanskelig å legge inn motivasjonsfaktorer fordi jobben må gjøres om den er aldri så lite oppmuntrende. Hos mine respondenter var det en grunnleggende positiv holdning til prosjektet, med kommentarer som ” det er moro å tenke fag igjen.”

### **6.3 Barnehage som arena,” flere kan jobbe med tidlige tiltak samtidig”**

Barnehagen sitt tilbud med omsorg og pedagogisk stimulering når ut til mange barn. Cirka 95 % av barna over tre år i prosjekt kommunen har muligheten til å være i barnehagen og på landsbasis går 96 % av aldersgruppa i barnehage (NOU 2009: 48).

Stortinget har i barnehageloven av 2005 fastsatt bestemmelser om barnehagens formål og innhold. Formål er å gi gode utviklingsmuligheter i nær forståelse og samarbeid med hjemmet hvor innhold bygger på et helhetlig læringssyn, hvor omsorg, lek og læring er sentralt (Kunnskapsdepartementet 2006).

På arenaen har man mulighet til å forebygge med tidlig identifisering av et barns og/eller familiens vansker og sette inn støtte som bidrar til en positiv utvikling. I lys av dette åpner det opp for nye muligheter for tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjonene og barnehagene. Min ene respondent sa at ”helsestasjonen er ikke lengre alene om å være en unik forebyggings arena. Flere helsefremmende og forebyggende tiltak som temagrupper kan igangsettes i barnehagen.”

Soria Moria II erklæringen, den politiske plattformen 2009-2013, har fokus på fellesarena som barnehagen utgjør.

Argumentene for å ha barnehagen som arena for 4 års kontroll i prosjektet var som respondenter fortalte” for å ivareta barnet med mulighet til en vurdering i kjente omgivelser. Samtidig har arenaen fagfolk som er spesialister på barnets utvikling og språk, som er overlappende kompetanse med helsesøster.” I tillegg kan man finne en felles holdnings, relasjons - og samarbeids kompetanse.

Utfordringene på helsestasjonen i utøvelse av 4 års konsultasjonen er først og fremst at det er to år siden barnet var der sist, slik at arena og helsesøster er ukjent. I den innledende samtalen kan det være vanskelig å få et reelt inntrykk av barn og foresatte med behov disse måtte ha. Noen barn blir i situasjonen skeptiske og foreldrene må formidle på barnets vegne. De fleste respondentene hadde tanker om dette. Her er ett sitat med likhet til flere, ”foresatte ønsker jo ikke at det skal være noe med barnet.

Dersom man i løpet av 40 minutter avdekker en bekymring er det ikke så lett som fremmed helsesøster å gå videre med denne, om foresatte ikke engster seg. Det må føles utilfredsstillende.” Flere ser på gangen videre som personavhengig hvor det er fare for skjevfordeling. Noen flere uttalelser, ”det helsesøster er bekymret for kommer ikke til barnehagen, hvor går det hen? Barnehagen kan ha tenkt på ting men ikke tatt tak i det, et samarbeid vil bygge broer.”

Kvalitetssatsinga i barnehagen etter 2001 med barnehageloven åpnet opp for varierte og brukertilpassede barnehager som bl.a. naturbarnehage og åpen barnehage (Stortingsmelding 41). Åpen barnehage er gratis med ”åpen dør” prinsipp for å fjerne det som kan anses som en terskel. Målet er at deltakelse kan styrke familiens sosiale nettverk og en respondent la til at det er ”et springbrett inn i ordinær barnehage.” Fagpersoner deltar mer utradisjonelt med sin kompetanse og gjør den kjent. ”Helsesøster har fast tid der så man kan treffe ho som er kjent. Ho kommer med opplysninger om barnet sin utvikling, om det norske systemet som søknad på barnehageplass eller språk kurs og mer. Når ho kjenner foresatte blir det ufarlig å ta opp vanskelige tema. Plasseringen av åpen barnehage er ofte i sentrum hvor man ser flere innvandrere bosatt, og omtrent 50 % av brukerne er norske,” forteller en respondent. NOU 2009:10 (fordelingsutvalget) mener at et systematisk pedagogisk tilbud for barn i denne aldersgruppen må tilbys i barnehagen og ikke som et segregert tilbud utenfor, som for eksempel på helsestasjonen eller biblioteket.

Det var ønsket at flere skulle søke barnehage i kommunen etter nærmiljøhuset sitt prosjekt oppstart, men det har ikke gjort noen forskjell fra 2008. Det er ikke alle som er enige i målsettingen prosjektet har om å få flere til å søke barnehage, litt om dette i det følgende.

## **6.2 ”For barna som ikke er i barnehage, vil ikke arenaen være et trygt sted å få utført 4 års kontrollen”**

Ikke alle velger barnehage og noen har ikke et reelt valg til å gjøre det. Leder i Norges kvinne og familieforbund Grete Norbæk har uttalt seg i avisen ”Vårt Land” og TV2 nyhetene 15. juni i år, at det er synd om familiene må forsvare sitt valg ovenfor omverdenen om de ønsker å bruke tid sammen med barna sine, fordi politikere og fagfolk hele tiden forteller at barnehagen er det beste for barnet.

Det har vært en diskusjon de siste tretti år om dette tema, og meningene er mange. Fra 1974 foreligger en konklusjon om å utøve spesiell forsiktighet med å ha barnet hos dagmamma eller barnehage når barnet er fire til syv måneders alderen. Flere studier tydet på at dags omsorg i denne formen for barn under ett år, kan være en ikke ubetydelig risiko for å forstyrre utviklingen til omsorg personene. Dette ut fra Bowlby sin tilknytningsteori, en psykoanalytisk tilnærming (Smith1999: 506).

Etter hvert skjedde det en holdningsendring av en mer positiv vurdering, hvor det heller sees på kvaliteten i relasjonene. Statistiske tall må behandles varsomt fordi et hvert barn vil reagere ulikt, noe jeg kommer tilbake til senere igjen.

Seeberg har sett på årsaken til at ca. 7000 barn i alder 3-5 år ikke gikk i barnehage nå. Hun fant tre hovedårsaker. Den første var ønske om å bevare kultur og livsform bl.a. hos samiske. Flerkulturelle ønsket at barnet behersket sitt morsmål før det lærte seg norsk. Til sist var en gruppe med verdikonservative som mener at familien er den beste rammen rundt barnet med trygghet og ro.

Foreldrene viste velvilje til et pedagogisk tilbud som et alternativ til barnehage og her deler respondentene seg i to hovedgrupper. De kvinner med innvandrers bakgrunn ønsket seg et tilbud til foreldre og barn med språk opplæring som sentralt. Foreldrene til etnisk norske legger mer vekt på det sosiale, med en slags førskoleklubb i lokalmiljøet hvor barna kan bli kjent med de andre barna å gå på skolen med (Nova rapport 7/2010).

Det kan også være andre årsaker til ikke å ha barnet i barnehage. Det kan være at kommunen ikke har full behovsdekning eller det kan være terskler som økonomi. Brenna utvalget fikk i oppgave å anbefale et pedagogisk tilbud til alle førskolebarn, både i og utenfor det ordinære barnehagetilbudet, og gav en tilbakemelding til kunnskapsdepartementet oktober i år, utgitt som NOU 2010:8. Kapittel 7 viser at foresatte med lavest inntekt bruker barnehagen minst. Brenna utvalget mener at barnehagetilbudet bør bli gratis på sikt for å favne disse.

## **6.5 Helsestasjonens særegne fordel**

Helsestasjonen oppsøker aktivt og gir tilbud til alle, en universalitet som samsvarer med å være et lavterskeltilbud. Den høye statistikken på 99 % oppmøte ved syvende leveuke avtar med alder på barnet. Tallene fra statistisk sentralbyrå sier at for 2008 deltok 96 % på 4 års konsultasjon (Helsedirektoratet 2010:45).

Stortingsmelding 20 ” nasjonale strategier for å utjevne sosial forskjeller, ”nevner forebyggende helsetjenester som en strategi. For helsesøster og foresatte er rammene gode for toveiskommunikasjon, med mulighet til fortrolighet.

”Det tilstrebes helhetlig fokus og ofte tar foresatte opp tema som gjelder et annet barn i familien.” Respondenten sa videre at ”helsesøster vil kunne se om endringer på ett livs område innvirker på et annet og kan skape kontinuitet med å følge opp familien og tema fra før.” Foreldrene ser prosessen bak dersom det er funn i helseundersøkelsen og helsesøster får mulighet til en fortrolig samtale med barnet.

Da noen respondenter vektla fordelene med å observere barnet i trygge kjente omgivelser i barnehagen, slik som Flatø-utvalget i NOU 2009:22, så andre nytten i å se barnet ferdes i nye omgivelser med en trygg person tilstede. Samhandlingen i nye omgivelser kan fortelle mye om samspillet mellom barn og omsorgsperson, og blir bevisst nyttet ved psykologiske tester som Ainsworth (Smith 2001: 268).

Journalen til barnet og alt utstyr som trengs er tilgjengelig på helsestasjonen, og merkantil kan hjelpe med oppgaver som å avtale timer, bestille tolk med mer.

Alle skal ha mulighet til å benytte helsestasjonen noe som i praksis betyr en fysisk tilgjengelighet, samt rettferdig fordeling mellom ulike sosiale grupperinger og kulturer. Foresatte ønsker å ledsage barnet til helsekontroll og har rett til tolk. Også transport dekket av folketrygden dersom tungtveiende årsaker som fysisk funksjonshemming gjør at man ikke kan nytte offentlig eller privat transport.

Ulempen med god tilgjengelighet og åpenhet til å ta opp spørsmål kan gjøre at den avsatte tiden blir knapp, og kanskje med ventetid.

I prosjektet ble ressursbruk, det at barna var i gruppe og arena annerledes samt tilretteleggingen for tverrfaglighet. Nå følger noen refleksjoner om denne arbeidsfasen.

## 7.0 Presentasjon av funn om arbeidsfasen med casebeskrivelser

*Denne oppgavedelen er også knyttet til de to siste forskningsspørsmålene om hvordan prosjektet ble utført og hvilke erfaringer de utførende deltakerne gjorde seg.*

### 7.1 Noen rammer

Lokaler og utstyr ble sett på i planleggingsfasen. Rom skulle være tilfredsstillende med hensyn til lydisolasjon, temperatur og lysforhold. Det var ikke til å unngå litt støy i en barnehage. Det ble kjøpt en bærbar lampe til syns undersøkelse. Utstyr som LEA syns tavle, måleband og vekt måtte medbringes, også fysioterapeutens sine leker til motorisk test.

På forhand ble det utarbeidet og utdelt informasjonsskriv om prosjektet, og om 4- års konsultasjon. Barnehagen informerte på foreldremøter om prosjektet men uten noen andre profesjoner representert. Foresatte fikk da informasjon om at det var valgfritt om man ville delta på prosjekt eller velge ordinær konsultasjon på helsestasjonen. Respondent spør seg om ” de foresatte egentlig fikk velge, kanskje de følte på det å avslå et prosjekt.”

Innkallelse. I prosjektet ble det barnehagestyrer som måtte ta hensyn til når det passet for foreldre, helsesøster, fysioterapeut og i barnehagens ukeplan. ”Litt merkelig opplevelse at barnehagen innkaller når det er helsestasjonenes ansvar og i deres regi,” syntes respondent. Delprosjektgruppa bestemte den første samlingen av barn så raskt at det medførte dobbel innkalling for barnet. Case: En far fulgte barnet til barnehagen og deltok på foreldresamtale etterpå. Da man skulle dokumentere i journalen etterpå viste det seg at mor hadde vært på helsestasjonen på 4 års konsultasjon noen uker i forveien.

Tidspunkt. Man beregnet selve helseundersøkelsen til 1 time og 15 minutter på ca. 4 barn. Foreldresamtalen ble estimert til 20 minutter for hvert barn. Ulempen med å ha denne på formiddagen var at foresatte først måtte levere barnet for så å komme tilbake etter halvannen time for samtalen. Om barnets mor og far var i arbeid lot dette seg ikke gjøre. Noen barn kom sent: ”det ble uro når noen kom slengende inn i gruppa etter hvert og disse barna samarbeidet ikke så godt.” En løsning ble å starte etter lunsj for å gjøre alt fortløpende og foreldresamtalen ble satt til tiden de foresatte vanligvis avhentet barna sine.

## **7.2 Erfaringer med barna i gruppe**

Respondentene forteller mange positive opplevelser fra gruppe aktivitetene. ”Fra barnehagen er barna vant til å gjøre nye ting og vi snakker litt om hva som skal skje på 4 års konsultasjonen. Stort sett er de forventningsfulle og positive. Det skjer noe spennende og de er sammen med vennene sine. For de barna som er skeptiske i utgangspunktet bidrar det til inspirasjon og deltakelse. De som er litt forsiktige blir dratt med de andre med imitasjon. Imitasjon er en fordel for de flerspråklige barna for i denne settingen ordner det seg litt sjøl, og barnehagepersonell er der og kan supplere. Barnehagen ser barna fra en annen side noe som er positivt. Om barnet ikke tør så får de ei hand å holde i.”

På den andre siden hadde samme respondenter også noe negativt å si om barn i gruppedeltakelse. ”Den motoriske testen kan sees på som en prestasjon, om man ikke greier det kan det for barnet føles som et nederlag. De sammenligner med hverandre. Gruppeaktivitet er foreldrenes redsel om barnet har tendens til å være noe forknytt. Da har vi oppmuntret foreldrene til å delta om de allikevel ønsker tilbudet. De forsiktige synes mer i denne settingen.”

Andre igjen var litt nøytrale i sin uttalelse som ”det er alltid noen klovner og noen vegrere.”

Uten å komme mer inn på motivasjonsteori her, er det å ha barn i grupper krevende fordi selvfølelsen til hvert enkelt barn skal ivaretas. Anerkjennende kommunikasjon er en viktig proaktiv faktor. Ros er relasjonsbyggende og kan legge til rette for barnet å lykkes men det kan være unaturlig å rose om barnet ikke vil forsøke noe. Ros kan slik sett fungere styrende og dømmende. Hva som motiverer oss kan ofte bety forskjellen på suksess og nederlag, sier et ordtak i denne sammenheng.

## **7.3 Punktene i 4 års konsultasjonen**

### *7.3.1 Helseopplysning*

Det er å anta at innsatsområdene som er nevnt i Stortingsmelding 37 er gjenstand for ulik prioritering. Det tas utgangspunkt i foreldrenes behov og oftest syntes respondentene at tema ernæring, ulykkesforebygging og grensesetting var tema som ble mest belyst. Ikke alltid gir økt kunnskap positive endringer fordi foreldrene påvirkes

sosialt og det kan foreligge barrierer som dårlig økonomi (ytre) eller depresjon (indre). Hvilke forventninger man har til å lykkes, verdier og sinnsstemning er avgjørende.

Helsesøster forsøker å fange opp behov, vansker og bidrar med støtte til familien. Det spørres hvordan foresatte forholder seg til alkohol fordi det vites at foreldre som ruser seg utgjør mer enn 200.000 barn på landsbasis (Ot.prop.84, 2008). Målet innen helsepolitikken er at alle skal nærme seg den samme grunnleggende helsestandard, noe som vil si at hjelpeapparatet forskjellsbehandler for like muligheter. ”Helsestasjonen forsøker å kartlegge hvem som kan være i behov for ekstra tilbud fra kommunen på forebyggende tiltak innen barnevernet, barne- og familie team, Home-start familiekontakten og Røde Kors sitt tilbud.”

En ofte brukt måte å beskrive sosiale ulikheter på er å vise til hvordan helseforhold varierer med utdanning, inntekt og arbeidssituasjon. Det er ikke entydige svar men det sees en sammenheng med oftere helserelaterte plager og lavere utdanning/ inntekt.

Østfold er et fylke som scorer dårlig både på utdanningsnivå og helsestatistikk blant annet på sosialhjelpemottakere. Vi vet at barn med biologisk sårbarhet er ekstra påvirkelige av slike sosioøkonomiske forhold. Når man ser lærevansker hos barn som ble født med vekt under 1500 gram er dette en av de prognostiske faktorene det sees på (Smith 2001).

Et generelt tilbud for alle får bredere oppslutning enn et som oppleves som stigmatiserende, slik som ansvaret omsorgsarbeidere har i forhold til forebygging og oppdagelse av kjønnslemlestelse.

Det er i andre kommuner forsøkt gruppebaserte helseopplysningstiltak innen skade og ulykkeforebygging men denne metoden var ikke vurdert opp mot familieviser samtaler i prosjektet. ”Samtalegrupper kan bidra til å styrke det sosiale nettverket og til utvikling av felles normer,” sa respondenten. Slik skjer også en myndiggjøring av foresatte ved at profesjonen sin funksjon som ekspert nedtones. Gruppetilbud skal ikke utelukke individuell konsultasjon med mulighet til å ta opp personlige forhold.

Effekten av helseopplysning er vanskelig å måle men fordi gode helsevaner gjerne dannes tidlig i livet, er barn og unge sentral målgruppe i folkehelsearbeidet (Stortingsmelding 16).



### *7.3.2 Samspill og psykososial helse*

Gjennom sin daglige og nære kontakt med barn og foreldre er de ansatte i barnehagen i en god situasjon når det gjelder å observere og motta informasjon om barns omsorgs og livssituasjon.

Beskyttelsesfaktorer (resiliens), forekommer på flere nivå. Egenskaper på individnivå kan være temperament og intelligens. Barn er ulike med tanke på temperament, sosialitet, følsomhet, relasjonserfaringer, livshendelser og man kan om dirigere en atypisk utvikling med bevisstgjøring av foreldre.

På miljønivå kan det være ressurs sterke foreldre Som nevnt i teorien trenger barnet engasjerte voksne som kan gi utviklingsstøtte da nervesystemets plastisitet (formbarhet) er best mens de er små, for å skape robusthet hos barnet som kan motvirke negativ utvikling (Rye 1993, Evenshaug 2000: 57). Jamfør Bronfenbrenner i teori, så gir også faktorer utenfor familien innvirkning på omsorgen.

Det viktigste aspektet for den psykososiale utviklingen er tilknytningen til omsorgspersonene. To faktorer har betydning for kvaliteten av denne, det er at de voksne er sensitiv i samspillet og det andre er forskjellene i barnas temperament som omtalt.

Helsesøsteren har tradisjonelt hatt i oppgave å styrke og vurdere samspill mellom foreldre og barn og har ulike metoder til dette. Frode Heian sitt program med ”tidlig samspill” og Marte Meo er eksempler på program blant flere som helsestasjonen nytter.

Fordi prosjektet ikke gav anledning til å se barnet i samspill med andre barn enn de utvalgte i gruppen og pedagogen, måtte helsesøster basere seg på barnehagepersonellens vurderinger.

Ingen av mine respondenter hadde reflektert over at helsesøster mistet sitt observasjons grunnlag og de tre siste respondenter ble spurt med ledende spørsmål på dette, og svarte at ”det var ikke noe bevisst savn før du spurte.” I den interne sluttvurderingen til prosjektet er dette inkludert, så det er mulig mitt spørsmål bidro med innspill til den formative evalueringen (prosess evalueringen).

Noen kommuner, slik som Kristiansund, har hatt prosjekt for å videreutvikle disse metodene. Det ble satt av mer tid til hvert barn for å være i stand til å gi foreldrene

profesjonell veiledning til å utføre omsorgspliktene sine (Birkeland). Konklusjonen var at helsesøsteren sin oppmerksomhet på samspills problematikk er i tråd med overordnede politisk mål, men at det også kunne medføre en svekkelse av legitimitet som universalt tilbud.

Noen mente det var en fordel at ikke barnet var med under foreldresamtalen slik de er på helsestasjonen. Det ble gitt et eksempel på problemstilling som er lettere å ta opp med kun voksne tilstede. ”En mor fortalte om gutten sin som hjemme kunne være sint og aggressiv mens han ikke opplevdes slik i barnehagen. Mor fikk innspill til hjelp og syntes det var fint at faggruppene kunne utfylle hverandre med råd.”

Trivselsproblematikk kan oppleves som noe diffust og kan havne i gråsonen i forhold til ansvarsfordelingen ved samarbeid, som omtalte tidligere ved Dag Jacobsen.

Foruten å forebygge psykiske plager og lidelser, er en annen viktig oppgave å fange opp tidlige signaler på utviklingsavvik og omsorgssvikt. Det å utøve skjønn er vanskelig og det er arbeidet frem en veileder om samarbeidet mellom barnehagen og barnevernet.

Andre kommuner har tatt i bruk kartleggingsverktøy som ASQ (ages and stages questionnaires). Det er et skjema med 30 spørsmål innenfor kommunikasjon, fin og grovmotorisk utvikling, problemløsning og sosial fungering. Det er en av få validiterte instrumenter som har norske normer. Helsedirektoratet anbefaler programmet brukt ovenfor alle barn som født premature (08/2007:11).

Skjema er opprinnelig tiltenkt for foresatte til å fylle ut og involverer dem som likeverdige aktører i samtalen. Noen barnehager som Kongssvinger forsøker å nytte skjema som observasjonsgrunnlag, og for profesjonen er det anbefalt en opplæring i bruken. Nasjonalt kompetansesenter for sped - og småbarnshelse vil evaluere forsøket denne høsten. Mange helsestasjoner nytter det også, men ikke prosjektkommunen. Fordelen er at henvisningen blir mer presis men det kan knyttes ulemper til slike verktøy. Man blir styrt av informasjonsbehov fra skjema slik at barnet og familien mister sin innflytelse over hva som er å anse som relevant informasjon. Det kan også medføre diagnose fremfor individ fokus.

En respondent fortalte at det var ønsket at helsesøstrene og barnehagen sammen kunne identifisere flere og at prosjektet hadde som mål å unngå en ”vente og se” holding fra hjelpeapparatet. Det savnes en plan i dette arbeidet foruten tverrfagligheten i

samarbeidet. Larvik hadde til sammenligning rutiner på dette hvor det ved bekymring fra noen av partene, ble fulgt opp på følgende måte: Først kartlegging fra barnehagen med ulike metoder som ” Alle med, Askeladden” med flere, så fra helsestasjonen med ASQ og tredje fase var et tverrfaglig samarbeid med foresatte og de fagpersoner man anså som nødvendig.

Mangel på oppfølging kan gjøre at barnet og familien ikke får hjelp i tide. Det er kjent at 15-20 prosent av barn og unge har psykiske vansker som påvirker deres funksjonsnivå og 8 prosent har en psykisk lidelse. Opptrappingsplanen som har vært for psykisk helse har ikke medført noe økning i henvisninger til BUP. Da vet vi at mange barn med risikofaktorer ikke blir fanget opp (Folkehelseinstituttets rapport 2009: 8).

Tidligere var prosjektet SAMSOM etablert i kommunen for å styrke samarbeidet og sikre mer helhetlig tjenester (sammen om barn og unges psykiske helse). Det ble blant annet etablert et lavterskeltilbud der BUP sitt inntaksteam ble å treffe i lokalene til helsestasjonen. Erfaringene så langt er at sakene som det jobber med er tyngre noe som kan bety at man fanger opp risikogruppene bedre.

Risikofaktorbegrepet uttrykker en viss sannsynlighet for vansker. Dersom 3-4 risikofaktorer er tilstede, er det sannsynlighet for at barnet får utviklingsvansker (Sosial og helsedirektoratet 03/2007:20). Norsk naturvitenskapelig universitet ser nærmere på dette med kartlegging av 4 åringens psykiske plager nå for å sammenstille med vansker senere. Prosjektet heter ”Tidlig Trygg i Trondheim.”

Familiefunksjonen er den dominerende faktoren når man henviser et barn til BUP og jeg viser til forrige underpunkt hvor helsesøster differensierer tilbudet for å styrke beskyttelsesfaktorene. Det er viktig å være klar over at risiko ved foreldrene ikke er en risiko i seg selv, før man kan se det utarte seg i samspillet med barnet.

Helsesøstrene som utfører helsekonsultasjoner har veiledning en gang i måneden fra BUP og det kan samarbeides med barne - og familie teamet. Sistnevnte holder kurs med ”de utrolige årene”, et program utarbeidet av Carolyn Webster- Stratton for forebygging og behandling av barn med atferdvansker. Tilbudene skal være rettet mot foresatte, barnet og ved behov personalet i barnehagene.

En respondent sa ”det er avgjørende hvilke ressurser som er tilgjengelig i organisasjonen, for hvordan 4 års konsultasjonen blir tilrettelagt.” Klepp kommune kan

nevnes i forbindelse med dette, da helsestasjonen der har psykolog som samarbeidspartner som supplerer med kartleggingsskjema, PPT og barnevernet gjør observasjoner på 4 åringene i barnehagen, og samordningen skjer ved tverrfaglig møte til sist.

Ser man på helsesøsters tilnærming på det psykososiale felt i et markedsperspektiv må det sies at helsesøster sitt mandat tilpasses et endret marked. Gradvis etterutdannes flere innen psykisk helsearbeid og utdanningen har tverrfaglig fokus slik innsats bør være. I den nye forskriften om kommunens helsefremmende og forebyggende tjeneste fra 2003, understrekes helsesøster sitt ansvar for å drive psykososialt arbeid.

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008 innebar en rekke konkrete tiltak og kommunen fikk øremerkede tilskudd hvorav minimum tjue prosent var ment for barn og ungdom. Utviklingsstrategien viser at tiltakene gikk til andre forebyggende arbeid enn helsestasjons - og skolehelsetjenesten (2010: 39).

Respondentene er fornøyd med samarbeidet som eksisterer i barnehagene og sier: ”den første tirsdagen i måneden er det tiltaksteam som er tverrfaglig hvor PPT deltar. Det finnes også et ressursteam som ser på alvorligere saker en torsdag i uka hvor det meldes uka i forveien. Tverrfagligheten gir rask veiledning slik at ikke alle trenger henvisning.” Norsk organ for kvalitet i utdanning har evaluert førskolelærerutdanningen og nå er planen at kunnskaps- departementet skal vurdere innholdet i den, med tanke på tema som samspill.

### *7.3.3 ”Språket er utgangspunkt for å samtale med barnet.”*

Over 90 % av alle elever har norsk som morsmål men vi har fått en nasjonal flerspråklighet som krever en bevisstgjøring på tema. Stimulering til og opplæring i språk for barn og voksne er godt foranket i lovverk.

Helsestasjonen vurderer barnets språk systematisk på to og fireårskontroll basert etter retningslinjene fra Sosial og helsedirektoratet i veileder for undersøkelse på syn, hørsel og språk.

Barnet vil i fireårsalderen kunne være i dialog over tid, det kan uttrykke ideer, ønsker og følelser, ha ordbøyninger og forstår enkle sammenhenger. Grunnleggende farge, form og størrelsesord inngår i språkforståelsen. Det kan bruke aktivt ca 2000 ord. Mange kan

også mestre motsetninger som liten/stor, kan forklare enkle ord og lignende (2006: 33, Tetzner 1993).

For å fange opp dette har det de siste tiåret vært nyttet kartleggingsskjema som ”språk 4” og to åringens språkregistrering SATS, for å systematisere arbeidet og som grunnlag for veiledningen som gis foreldrene fra helsestasjonen. Pedagogene bruker andre verktøy i sin språk kartlegging som TRAS (tidlig registrering av språk, Horn 2000, Hansen 2005).

Spesifikke vansker som oppdages er vansker med å uttrykke og forstå språk samt vansker med lydsystemet. Dersom en samlet vurdering av funn ved observasjon tilsier skjevutvikling, forsinkelser, eller de foresatte er bekymret så skal det henvises.

For flerspråklige barn skal begge språkene kartlegges. De som ikke snakker godt norsk er anbefalingene å iverksette tiltak *uavhengig* av hva ”språk 4” viser, fordi verktøyet er lite egnet til å avdekke forsinket språkutvikling hos flerspråklig som snakker lite norsk. Rammeplanen for barnehager påpeker at et godt utviklet morsmål er en forutsetning for god språkutvikling.

Den systematiske kartleggingen med ”Språk 4” har økt bevisstheten hos helsesøstre på språkutvikling og ført til mer formelt samarbeid med barnehagene, men oppfølging av barna er uendret (NOU 2009: 67).

Dette bringer oss over på hva ny norsk forskning på språk hos førskolebarn har funnet ut. Forskning er viktig fordi vi får vite litt om hvordan organisering og aktiviteter påvirker barnets utviklingsforløp. I kommunen kunne det sees at elever slutter tidligere på skolen og dette var ønsket å forhindre med et prosjekt med et livsløps perspektiv.

Hos tospråklige viser resultater at 28 % av barna fra flerspråklig må følges opp videre, sett i lys av 12 % hos norsk språklig (NOU 2009:67).

Rambøll foretok en undersøkelse i 2008 av kommunene i forhold til hvem som arbeidet med kartlegging og språkstimulering. Den var positiv for de kommunale barnehagene med hele 92 % oppslutning. Noe dårligere kom private barnehager ut med 75% dokumenterte mens helsestasjonen hadde kun 76% gjennomføring av språk kartlegging. NOU 2009 sier derfor at kommunen får plikt til språk kartlegging av barn i fireårsalderen (ibid s.18, 65).

En ny kunnskapsoversikt fra Norsk institutt for forskning på oppvekst, velferd og aldring, konkluderer med at deltakelse i barnehage med *høy kvalitet* kan ha en positiv effekt. Det sees en sammenheng mellom det å ha gått i barnehage og utvikling av vokabular. Et godt ordforråd har vist seg å predikere leseferdigheter på sikt (NOVA 12/10). Mor- barn undersøkelsen sin studie om språk og læring i Rapport 2008:10 har samme konklusjon.

Helsestasjonen kan foreslå at det søkes barnehage og tilby en skriftlig anbefaling som vedlegg til søknad, om et barn har pedagogiske behov. Brenna utvalget anbefaler at kommunen via helsestasjoner blant flere, gir informasjon til foreldre om betydningen for et barn å delta i barnehagen (NOU 2010:8, kapittel 12). Dette åpner opp for en diskusjon hvorvidt den enkelte barnehage virkelig er velfungerende nok i sin omsorg og har tid nok å være psykologisk tilstede for hvert enkelt barn, og om kvaliteten er god nok pedagogisk.

En respondent sier i denne sammenheng at: ”så lenge barnehagen er basert på foreldrebetaling kan det sees på som vanskelig å anbefale tilbudet.”

Inntrykket til respondentene er at foresatte har barna lenge hjemme fordi de selv er hjemmeværende. Av den grunn begynner også barn av flerspråklige å snakke norsk sent. ”Når barnet er tre eller fire år ved oppstart i barnehagen, så bruker vi 4 måneder på å bli kjent med barnet og ser på språkprogresjon før vi henviser til PPT.”

I prosjektet observerer pedagog på forhand språket med fonetikk og begreper. Helsesøster får et lite grunnlag til egen observasjon ved helseundersøkelsen, men baserer seg på pedagogens vurdering. Respondenter sier ”det beste er jo å teste språket i hverdagen og unngå test.”

På den andre siden sier Raundalen med flere i siste NOU, at det ønskes en systematisk kartlegging av barnehagebarna med tanke på tidlig intervensjon, og dernest som grunnlag for å dokumentere i hvilken grad barnehagen når målene som er satt. Forslaget er at dette skjer våren før skolestart når barnet er fem år slik at formidling av behov kan skje før skolestart (2010:8 s. 139). I forhold til et oppfølgingstilbud for barna som ikke deltar i barnehage med det politiske målet er at det skal finnes en helhetlig tiltakskjede for alle, bidrar ikke rapporten med noe nytt.

Denne NOU rapporten støtter opp om tidligere 2009:10 som mener at gratis systematisk pedagogisk tilbud for barn bør skje i barnehagen. Det kan virke som om utvalget er forsiktig å komme med andre alternativer til småbarn fordi et annet tilbud kan kreve midler (på bekostning av barnehagen), og sier at flere tilbud kan skape sosiale grupperinger.

I prosjektkommunen hadde åpen barnehage og bibliotek også fokus på språket og det ble igangsatt et språkutviklings kurs som het ”språk åpner dører,” med C.H. Bjerke over 6 ganger. Denne fagspesifikke kompetanse hevingen fikk tverrfaglig fokus og hadde sammenheng med Stortingsmelding 23 som kom i 2007-08.

Respondentenes meninger er som i teorien delte, om barnets tilegnelse av ferdigheter. Noen respondenter synes 4 år er for sent å sette inn tiltak om barnet har språkvansker. Andre synes det er alt for tidlig å vurdere barnet i treårsalderen da det ”er så store normal variasjoner.” Funn fra språk og læringsstudien viste at så mange som 12 prosent har forsinket språk (Folkehelse instituttet, rapport 2008:10).

”Overgangen til skole medfører mange utfordringer, og er sårbare. Fire års alderen er en fin tid å tenke skolestart for å sikre kontinuitet,” sier respondent.

Som overnevnte forskning viser ser barnehagene nå ut til å få økt ansvar for denne språk kartlegginga. Det er en fordel for barnet at et samarbeid opprettes med helsestasjonen som har fulgt barnet fra fødselen av. Overgangen til grunnskole og SFO er nedfelt i helsesøster og barnehagens årsplan og skjer i samarbeid med hjemmet.

Konklusjonen er således at overgangene i oppveksten må planlegges i god tid. Fordi flere instanser har del ansvar for tiltak, blir utfordringen å samarbeide med hverandre for å gi helhet i tiltak.

Anbefalingene er at en tjenesteyter skal ha hovedansvar om barnet har behov for oppfølging for best mulig sammenheng og relevans i tiltak.

#### *7.3.4 Barnets fysiske helse og aktivitet.*

I strategiplan for habilitering av barn i 2004 ble det vist til at det årlig i landet fødes mellom 2000-2500 barn med funksjonsnedsettelse. I tillegg kommer barna som blir skadet eller får en alvorlig kronisk sykdom i barneåra. Mange av disse vil trenge koordinert hjelp og fysioterapeut og ergoterapeut -tjenesten deltar aktivt i dette.

Helsedirektoratet ga i 2009 ut handlingsplan for habilitering av barn og unge som viser økende behov de siste fem år.

Helsesøstrene og fysioterapeuten sitt samarbeid er ulikt mellom kommunene. Noen steder får fysioterapeuten anledning til å delta på informasjonstime til barselkvinnen som gruppetilbud. Andre kommuner har valgt fokus på barnet og tilbyr kontroll på 4 måneder gamle babyer som et universaltilbud. I prosjektkommunen som er en større kommune er det ikke nok ressurser til dette, og det gis et differensiert tilbud.

Et argument mot å ha et universalt tilbud på fysioterapi ved 4 år konsultasjonen er at det er for sent i forhold til feilutvikling.

Den motoriske testen ble i prosjektet utført av fysioterapeut og helsesøster i samarbeid med pedagog. Alle fikk informasjon på forhand om hva øvelsene innebar og det ble gjentatt underveis. Case: ”Gutten ble spurt om å hoppe ned fra liten stol for å se nedslag. Han lekte bajas og falt bakover. Pedagogen visste at han kunne dette godt og hun forklarte om igjen hvorfor han skulle forsøke skikkelig. Det viste seg at han kunne øvelsen godt, til og med baklengs. Gutten gikk fornøyd ut av situasjonen.” I foreldresamtalen snakket helsesøster og pedagog om tema å sette mere krav til han på flere arena, for å unngå at han ofte tok rollen som klovn.

Det ble gitt adgang for foresatte å være tilstede under helseundersøkelsen og øvelsene til barna, men ”man så at det kan være greit for barna å være alene.” Årsaken til denne føringen var ulemper knyttet til utførelsen, hvor barnet fikk fokus på foresatte som kunne heiet barnet sitt frem eller sammenligne det med de andre i gruppa.

Øvelsene som er valgt ut i kommunehelsetjenesten består i noen fin og grovmotoriske øvelser hvor man ser på kvaliteten i bevegelsene. Man får et inntrykk av øye - handkoordinasjon, balanse, spenst - og styrke samt utholdenhet (Mork 1995).

I prosjektet ble det valgt ut følgende aktiviteter: ”skrive symbolene X og O, sporingsøvelse med blyant mellom to linjer, tre perler på en snor, kaste og fukke ball, balansere på tå på en linje, stå på samlede ben og så hoppe over hinder, trille ball i mål, stå på krakk og hoppe ned samt løpe.” Underveis i leken med barna fikk profesjonene et inntrykk av språk og mengde forståelse. Likeså konsentrasjon, temperament og evne til samarbeid kunne observeres.



Negative opplevelser var testsituasjon og det ble forsøkt å gjøre oppgavene lyst og lek betont. Til det sa respondentene at ”jo flere barn som ble med, jo vanskeligere ble det.”

Øvelsene som beskrevet over er en liten del av ”ABC testen” for barn mellom 3-16 år (movement assessment battery for children) og kan sees på som observasjonsgrunnlag, og ikke en test. Den avdekker og beskriver barnets utfordringer i forhold til fin og grovmotorisk funksjon, og sier noe om nivå dette barnet ligger på i forhold til barn på tilsvarende alder. Dersom funn her kan det gi unødig bekymring hos foresatte til fysioterapeuten avklarer med ny grundigere vurdering. Det vil foreligge begrensninger i påliteligheten med utførsel i barnehagen med tanke på barnets dagsform, testsituasjonen og lignende.

Opplevelsen til respondentene var at foresatte ønsket å se utførelsen fordi de er spente på barnets utvikling. At motorisk screening hadde vært gjort ved tre år med tanke på å forebygge skjevutvikling og fedme hadde vært bedre i følge flere respondenter, ”jo før, jo bedre.” På barneskolen er henvisningene ofte grunnet finmotoriske vansker som ikke ville vært oppdaget på fireårskontrollen, da øvelsene over ikke fanger opp disse.

Mange av ferdighetene barn tilegner seg er gjennom fysisk aktivitet. Ikke alle har nok utfoldelse i leken og i Norge er det ikke vanlig å ha organisert fritidsaktiviteter før femårsalderen. I prosjektet viste det seg at fysioterapeutens tilstedeværelse satte fokus på det å arbeide med bevegelsesglede og kroppsbevissthet. Barnehagen ønsket veiledning på egnede aktiviteter og sansemotorisk trening ved hinderløype.

”Øvelser er overførbart fra ett barn til mange” sa en respondent. Altså fra sekundær til universal forebygging.

Barnefysioterapeutene har fra før samarbeid med barnehagene fordi de har oppfølging av barn med funksjonsnedsettelse. Det er godt mulig at veiledningen som gis barnehagepersonell av fysioterapeut under 4 års konsultasjonen kunne vært gitt i den forbindelse.

Konklusjonen på tema er at prosjektet bidro positivt med hensyn til kompetanseheving og samarbeid om konkrete tiltak, som var overførbart til flere barn.

### *7.3.5 Syn og hørsel*

Synssansen er en viktig sans når det gjelder vår kommunikasjon, og derfor har helsesøster tidlig fokus på barnets blikkontakt. Likeså øyets utseende og etter hvert skarpsyn. Barnet blir testet med å se og benevne på en tavle med fire symboler. Lysforholdene til dette var bra i barnehagen, og ofte lånte barnet fanget til pedagogen. Flerspråklige barn kan ha vansker med syns test grunnet begrepene og ikke alle har pekekortene som medfølger LEA tavlen.

I prosjektet erfarte man at dersom barnet kunne dårlig norsk gjorde også mor det, og improvisering måtte til. Oftest ble barnet trygg på figurene ved å utdele kopi slik at det kunne farge og klippe de ut, og ta ny syns test etter 2-3 måneder.

Case på testen, ” en gutt som var meget bestemt ville ikke ta syns test. Med forelder der gikk han med på å nikke syns testen. Han som stadig ikke ville, fikk bli med på alt allikevel.”

Er hørselen nedsatt slik at evnen til å oppfatte det verbale språket er mindre, kan det medføre et redusert eller manglende talespråk. Utredning begynner som oftest med anamnese og audiometri, før en henvisning til øre - nese- hals spesialist med påfølgende samarbeid.

Audiometri krever stille omgivelser og var best å gjøre på helsestasjonen.

### *6.3.6 Ernæring og tilvekst.*

Cirka 16 prosent av barna i landet er overvektige og 4 prosent har fedme, sier barnevekststudien i 2008 (helsedirektoratet 2010:26).

”Dersom barnet er overvektig tilstrebes et familieperspektiv fordi det er foreldrene som er barnas hovedomsorgsgivere og vil ha sterkest påvirkning,” sa respondenten. Ofte skal det tilrettelegges for en ny livsstil noe som tar tid og kan trenge samarbeid mellom flere. En sjelden gang må barnet ha individuell plan.

Dersom barnet krysser to percentiler før 5 år krever det oppfølging og henvisning. Det kan sees på som en ulempe at helsesøster ikke på forhand hadde lest helsekortet til barna i prosjektet. Disse befant på data eller fysisk på tre ulike helsestasjoner. Da fikk

ikke helseundersøkelsen den kontinuiteten som var ønskelig dersom det tidligere hadde vært et spesifikt helseproblem.

Respondentene påpeker at ikke alle helsesøstre har nok ernæringskompetanse og er da avhengig av noen å arbeide med. Oslo kommune startet i 2008 opp et prosjekt hvor klinisk ernæringsfysiolog var en ressurs. Sykehuset Østfold hadde for to år siden et prosjekt for barn med uttalt fedme problematikk.

I utkast til nasjonale retningslinjer for veiing og måling, står det at høydemåler skal ha en skala og være fastmonterte på veggen. Vekt skal årlig kalibreres to ganger og oftere om den forflyttes. Dette ble ikke gjort i prosjektet og vil krever noe mer tilrettelegging.

Helsesøstertjenesten har rutiner for samarbeidet med tannhelsetjenesten som prosjektet ikke innvirket på.

#### **7.4 Foreldresamtalen, ”det viktigste er hva foreldrene har å si”**

Samtalen var familie vis med helsesøster og pedagog i dialog med foreldrene. Funn ble oppsummert samt foresatte fikk tilbakemelding på sine innspill.

Case.” Far til en fireåring var lei seg fordi det var oppdaget noe med datteren. Man snakket i foreldresamtalen om dette og det fremkom at far hadde likedan vansker som liten, men det ble ikke oppdaget før han var ni. Far ble etter hvert motivert til at datteren skulle få tidlig hjelp. Samtalen ble snudd til en god ting.”

Fysioterapeuten hadde ikke tid nok avsatt til forebyggende tjenester og fikk ikke vært med foreldresamtalen, men meddelte helsesøster sine observasjoner før han gikk.

Respondentene forteller: ”Foreldrene føler at noe er tatt fra dem, ikke får de se helsekontrollen heller, ansvaret til foreldrene er vekk, det at en tredje person er tilstede tror jeg kan begrense åpenheten til foresatte. Foreldrene ønsker ikke å utlevere seg. Det er ikke rom nok for hele familien i denne settingen. Det må åpnes opp for mer for individuell samtale. Foreldrene må være mer del av prosjektet, nå er foreldrene satt helt ut på sidelinja.”

Vi har tidligere sett at et ønske om samarbeid gjorde at man valgte delprosjektet med tanke på barnets og familiens beste, et brukerperspektiv.

Samlet tyder utsagnene på at min før forståelse om at foreldrene er likeverdige part og skal føle seg hevet når de forlater 4 års konsultasjonen, kan bli vanskelig i denne modellen uten noen justeringer.

### **7.5 Erfaringer ved å jobbe tverrfaglig, ”det er flere øyne som ser”**

I prosjektet hadde profesjonene samme målgruppe og mye felles kompetanse, samtidig som man bidro hver og en med sin spesialkompetanse. Noen mente at ”trianguleringen mellom foresatte, barnehagepedagog og helsesøster gjorde problemområdet til det barnet som strever med noe tydeligere.”

Andre supplerte med at ”man blir bevisst sin observasjon”, mens andre mente at faggruppene skjerpet seg ved å jobbe sammen andre, ”en god ting er at noen ser på deg.” En respondent sa noe interessant i den forbindelse ”tiltak blir likestilte om vi er flere faggrupper tilstede.” Hans erfaring var at det tidligere har vært fokus på barnets fysiske behov fremfor de kognitive og sosiale sidene i oppveksten.

”Det kan være mer naturlig å ta opp de vanskelige tema som rus når flere er tilstede. Pedagog og helsesøster kan supplere hverandre og være støttespillere.” Det viser at det krever mot å ta opp slike tema ved bekymring.

Ring effekt av prosjektet kan være at man lettere tar kontakt med den andre profesjonen når man tidligere har jobbet omkring barn og familie sammen. Case, ”en utenlandsk jente på fire år som snakket dårlig norsk, slutta å komme i barnehagen etter kun et par måneder. Det viste seg at familien ikke hadde økonomisk ressurser til å la henne fortsette. Da jobbet vi tverrfaglig for å forsøke å bidra. Det var lettere å ta kontakt med helsesøster da vi hadde arbeidet sammen om familien tidligere.”

Andre slike effekter kan være at ”helsesøstrene kommer oftere til barnehagene, det er mer rom for det nå.” Undersøkelser har vist at samarbeidet mellom aktører som er vant til å handtere situasjoner og kjenner hverandre er positivt. Man mener tilliten forsterkes ved god relasjon.

Så kan en spørre seg om tilliten oppstår grunnet relasjon eller den enkeltes faglige dyktighet og samarbeidskompetanse.

En respondent sa at ”viljen og evne til samarbeid mener jeg er stor, men så klart må vi rasjonere med tiden som ikke blir nyttet direkte på barn og familien.” Tiden til prosjektet ble en utfordring for alle profesjonene.

”Når du har deltatt i prosjekt vet du at ting kan gjøres på flere måter.” Det var åpnet opp for å drøfte bekymringssaker og case uformelt men anonymt i delprosjektgruppa men ingen saker ble aktuelle i perioden prosjektet varte.

Noen negative aspekter i samarbeidet ble løftet frem. ”Tema så langt er helserelatert og det er ikke gjort forsøkt å styrke felles forståelse av 4 års konsultasjonen. Jeg ønsker meg fortsatt mer kunnskap på tema som skal komme frem under 4 års konsultasjonen for å være en del av teamet.”

På den andre siden mente en respondent at ”det er helsesøster sitt fagfelt, og naturlig at denne leder an samtalen og informasjon med de foresatte.” Foresatte mente det samme i første bruker undersøkelse.

Samtalene ble av respondentene opplevd som bra og dialogpreget. Utsagnene tyder allikevel på at det er en skjevhet innholdsmessig i konsultasjonen, hvor rammene for å utfylle hverandre ble vanskelig med bruk av helsestasjonens mal for 4 års kontroll.

Jeg gir på nytt en sammenligning med Larvik kommune som utførte lignende prosjektet, ”trygg og klar”, men med felles rutiner, prosedyre på oppfølgingen, samt foreldreinvolvering, altså de faktorene som prosjektet ”nærmiljøhuset” manglet i sin ”-4 års kontroll i barnehagen.”

Larvik kommune har helsestasjonen tilknyttet ”Familiens hus” som er et tverrfaglig senter. I starten jobbet profesjonene frem en felles plattform med begrep som medvirkning og relasjonskompetanse. Man hadde en gjennomgang av helsestasjonens oppgaver. Fysioterapeut hadde opplæring i hva den motoriske testen helsesøster utførte gikk ut på, det ble holdt kurs i den vanskelige samtalen, barnet i skilsmissen samt generelt om barns psykiske helse. Skjema fikk god bredde fordi PPT, barnevern, fysioterapeuten med fler uttalte seg. Også barnehagen fikk eierforhold til punktene og flere brukte skjema som grunnlag for barnehagesamtalen.

Etter å ha forsøkt ut to ulike strategier ble samarbeidsmodell med barnehagen valgt. Helsestasjonen har da det administrative og faglige ansvar med innkallelse, sender ut

skjema til foresatte og barnehage som gjennomgår de sammen. Barnehagen sender så begge skjema til helsestasjonen og beholder kopi i barnets mappe, samt foresatte får kopi. Helsesøster vurderer så tidsbehov for sin time og ved bekymring fra foresatte og/eller barnehage, kartlegger man og møtes tverrfaglig med foresatte i regi av helsestasjonen.

Slik blir 4 års konsultasjonen et samordningsorgan og møteplass dersom barn med hjelpebehov identifiseres. De som ikke ønsker samarbeidsmodellen, eller ikke har barnehageplass får skjema tilsendt og man konkluderer sammen på helsestasjonen.

### **7.6 Utfordringer knyttet til å skulle utføre 4 års konsultasjonen i barnehage**

Mange pedagoger ble intervjuet på flere nivå og samtlige var positive til prosjektet.

”Det er ikke så mange barn det gjelder på ett år, vi bare rydder litt plass på avdelingen vi,” gjenspeiler holdningen. ”Det opplevdes som fint å være med på noe nytt og som er i tråd med rammeplanen vår, som omtaler samarbeid med andre instanser.”

Barnehagepersonellet bidrar med mye under 4 års konsultasjonen i prosjektet. Styreren informerer på foreldremøte, avtaler tid, minner på /kaller inn og deler ut skjema til samtykke, det settes av på ukeplanen, rom holdes av og mer.

Fordi det var ideelt med fire barn sammen på 4 års kontrollen kunne dette medføre involvering av flere ansvarlige pedagoger da barna gikk på ulike avdelinger. Resultatet ble færre voksne på avdelingen til de andre barna. En forteller at ”det gis ikke anledning til å sette inn humane ressurser for enkelttimer, kun hele dager. Når en går blir resten skadelidende, også for de barna etter §13 med særskilte behov.” Til sist skal barnehagen også følge opp med det som blir bestemt på 4 års konsultasjonen.

”Vi sitter ikke med hendene i fanget ved bekymring her i barnehagen. De fleste som jobber her ser om det er behov for noe spesielt før 4 års kontrollen. For de barna som startet for et halvt år siden er det kanskje mer å oppdage enda.” Således kan det for de barna som begynner sent i tre års alder være funn i forbindelse med 4 års kontrollen. På den andre side var det noen som mente ”at det var fint at noen fagpersoner kommer inn og ser, fordi vi ser oss blind og lærer oss barnas særegne språk uten bestandig å henvise.”

Stortingsmelding 41, viser at 58 prosent av barnehagene brukte i stor grad TRAS i barnehagen. Dette bekrefter en stor grad av aktivitet ved bekymring. Det er ønsket å gi barnehagene en veileder i kartlegging, dokumentasjon og vurderingsarbeid både som grunnlag til samtalen med foresatte og for samarbeid med andre instanser. Det fremmes samtidig forslag om forskrift på at alle barnehager skal tilby minst to foreldresamtaler i året.

Foreldresamtalene gjennomføres konsekvent i kommunen prosjektet foregikk, og pedagogen måtte velge hva som skulle tas opp i hvilken setting. ”Det settes av en time på begge våre og så kommer deres konsultasjon i tillegg. Skulle vi inkludert vårt sammen med deres hadde foreldrene fått kortversjonen.”

Dersom pedagogene hadde fått medvirket mer i utarbeidelsen av skjema og prosedyre kunne det ha blitt et verktøy for barnehagen også. Som den ene respondenten sa: ”Dersom tilbudene kommer for tett innpå ønsker muligens foresatte å slå samtalene sammen.”

I løpet av prosjektet kunne det sees at fireåringene var ulikt fordelt på barnehagene i kommunen. Dette er fordi inntaket av aldersgruppen er noe tilfeldig, etter ønskene. Fordelingen må muligens skje annerledes dersom det blir fast å ha fireårskontroll i barnehagen.

I åpen barnehage er situasjonen en annen: ”fordi åpen barnehage er uforpliktende så vet man ikke hvem som kommer. Skulle man da reservert de barna som kom av og til? ” undret respondentene seg over.

Like vansker kunne sees i de ordinære barnehagene som deltok i prosjektet ved at barnehagen sendte ut invitasjonen til ”sine barn.” Helsesøster fikk navnene på disse barna. Så måtte hun spørre merkantil, som er den eneste som har tilgang til folkeregisteret i enheten, om hjelp til å sammenligne med folkeregisteret for å finne barna som skulle ha ordinært tilbud.

Merkantil var ikke inkludert i delprosjektgruppa noe som kan sees på som ufordelaktig.

For de med barnehage tilbud vil det bli et puslespill fordi mange har halv plass, noen bytter barnehage i løpet av året, andre er i barnehage utenfor kommunen. Totalt i

kommunen er det ca 630 fireåringer og den ene respondenten sa: ”at det virket som et kjempeopplegg.”

I Larvik hvor den blandete modellen ble valgt, løser en dette ved at merkantil sender ut invitasjon to måneder i forveien for så å melde foresattes svar til barnets barnehage. Helsesøster hadde fordelt barnehagene seg imellom.

### **7.7 Ressursgruppas betydning i prosjektet**

Det var et ønske i starten at barnevernet, barne - og familie teamet og PPT skulle være med ut til barnehage for å observere. Etter den første drøftningen fant man ut at det var ønskelig å skåne barna, slik at de fikk færrest mulig voksne å forholde seg til. Samt spurte man seg om det var riktig bruk av ressurser på normale barn. Konklusjonen ble å nytte høringsgruppa til innspill og veiledning for utøverne i prosjektet.

PPT sitt personell er sakkyndige og gir råd og veileder foresatte, foreldre med flere. Disse henviser til logopeder i privat virksomhet som kommunen bruker. Barnehagen er den instansen som oftest henviser til PPT med omtrent 7 barn per måned i denne kommunen. Det sees oftest hyperkinetiske lidelser som ADHD, generelle lærevansker og sosiale problemstillinger. BUP utreder og samarbeider med PPT. I prosjektperioden har det blitt opprettet samarbeid med de private barnehagene og lavere ventetid for barnehagebarn. En stor sakspågang og lederskifte medførte mangelfullt oppmøte på selve prosjektet.

Barnevernet har i prosjektperioden endret internt på sine rutiner slik at en saksbehandler følger barnet. Barnevernet har ellers deltakelse i flere prosjektet i nærmiljøhuset og har representant som samarbeider med barnehagene. Profesjonen har bidratt med sin fagkunnskap på møtene, men hadde tanker om å gi informasjon til foreldre og kanskje ufarliggjøre tjenesten, ha mulighet til å komme tidligere inn over for barn og familier som har behov for det, samt bidra til et god tverrfaglig samarbeid. Av henvisningene barnevernet på landsbasis får, er 6 % fra helsestasjonen til sammenligning skolen 10 %. (Helsedirektoratet 2010 s.35).

Barne - og familie teamet har ingen formaliserte samarbeidsfora omkring barn 0-6 år fra før men opplever seg som lavterskel tilbud med stor etterspørsel. Tjenesten ser det som positivt med tidlig intervensjon, men prosjektet ga ingen endring av praksis.



## 8.0 Min egen evaluering, metaevaluering

Det å se seg bakover og høste av egne erfaringer er viktig for å korrigere sin egen atferd og det kan sees på som en del av informasjonsgrunnlaget for oppgava.

Vedung beskriver metaevaluering som den fjerde dimensjonen i sin flerfasemodell, hvor han sier at selve evalueringsprosessen bør evalueres som en form for etter kontroll. Han beskriver den med de samme stadiene som den primære evalueringen (Vedung 1998: 40).

Erfaringene fra dette skal så tilbakeføres til beslutningstakerne for å anvendes, et fremtidsrettet perspektiv

*Er mitt mål oppnådd?*

Jeg har forsøkt å identifisere og vurdere alternativer opp mot hverandre. Det ble mange utfordringer å få oversikt over, og det jeg har gjort kan kalles en slags summativ evaluering, hvor jeg skaffet dokumentasjon av hvilken effekt prosjektet har hatt ovenfor 4 åringene, deres familie og utførende deltakere. Også karakteristika ved miljø, metode, verdier og mer.

Effekt må ikke forstås bokstavelig for det kan aldri bli slik at man innen helsefeltet kan bevise i samme grad som innen naturvitenskapelige fag. Min dokumentasjon er basert på intervju for å få frem andres opplevelser på denne måten å utføre 4 års konsultasjon på, for så å reflektere over dette for å få svar på problemstillingen. Det å gjøre sammenligninger med hva annen forskning viser, har vært lærerikt.

*Er resultatene av det omfang og relevans som var forventet?*

Jeg har vært upartisk og uavhengig i forhold til hva som blir evaluert. Oppgaven lar seg etterprøve, det vil si at en annen evaluering av samme sak vil i utgangspunktet kunne gi likt resultat.

Samtalen ble ledet ved tre tilfeller da jeg spurte etter meninger fra respondent på at helsesøster mistet sitt observasjonsgrunnlag på samspill, direkte. Dette har jeg vært åpen på i drøftningsdelen noe som styrker oppgavens pålitelighet.

Mine metoder og analyse er forsøkt dokumentert i sin helhet. Troverdighet er et stikkord hvor jeg har vist bakgrunnene for mine slutninger. Jeg har tilstrebet anonymitet

slik at produktet er akseptabelt for mine respondenter og oppgaven har søkt å belyse aktuelle problemstilling og er således gyldig.

Resultatene ble omfattende å fordele til hovedpunkter fordi det var et stort spenn i meninger , noe som ikke var helt forventet.

*Er bredden på prosjektet tilstrekkelig dekket?*

Jeg ser i ettertid at jeg skulle intervjuet politisk nivå og fylkesnivå for å få et innblikk fra disse. Fra 2010 fikk fylkes kommunene et lovpålagt folkehelseansvar så det er sikkert mange fine synspunkter som skulle vært belyst.

Respondentene hadde profesjons - og organisasjons perspektiv så behovet for tverrfaglig samarbeid ble sett i lys av det. Alternativene ville for eksempel vært sosial psykologisk vinkling med rolleteori.

*Har det underveis skjedd endringer i forhold til de forutsetninger som ble planlagt?*

Jeg visste ikke at kommunen skulle evaluere prosjektet eksternt ved hjelp av høgskolen i Østfold hvor jeg er student, før jeg var ferdig med intervjurunden.

*Var forskningsmiljø tilfredsstillende?*

Motstanden mot slik effektevaluering dreier seg ofte seg om profesjoners ønske om lite innsyn i utøvelsen av sitt yrke, og da som et forsvar mot en usikkerhet om ikke å holde kvalitetsmålene.

Jeg har forsøkt å resonnerer på noen aktuelle kriterier og alle som ble spurt om intervju og samtale svarte velvillig, noe som opplevdes som positivt.

## 9.0 Avslutning med konklusjon

Med denne studien ønsket jeg å få svar på problemstillingen: ”Hvilke utfordringer sees i helsesøstertjenesten på 4 års konsultasjonen, og hvordan kan endringer gjøres organisatorisk for å ivareta brukeren?”

Hovedutfordringen respondentene viser til er at det for helsesøster kan være vanskelig å kartlegge i løpet av 45 minutter det reelle behovet barnet og familien måtte ha, og oppfølgingen kan bli personavhengig. Flere kommuner i landet forsøker ut ny organisering med samhandling mellom flere profesjoner innen 4 års konsultasjonen. Jeg så på et prosjekt som hadde barnehagen som arena for utførelse, hvor 96 % av fireåringene nå på landsbasis deltar.

Mine tre hovedspørsmål ble belyst ved en intervjuguide til deltakende respondenter i prosjektet.

*Inntrykket fra første forskningsspørsmål om hvorfor organisere 4 års konsultasjonen på en annen måte, følger i det underliggende.*

Strukturelle egenskaper ved kommunen var av betydning for svarene som ble gitt, hvor helhetstenkningen lå til grunn. Punktene var behovet for samordning og samarbeid rundt felles målgruppe, et holistisk menneskesyn og å nytte ressursene på best mulig måte.

Funn på samordning viste at helhetlig oppgave og ansvarsfordeling mellom de ulike aktører i, og utenfor helsevesenet er viktig for tilbudet som gis barnet og familien, blant annet for å hindre en ”vent å se” tilnærming.

Men oppgaven viste at dette alene ikke er nok. Også *strukturen* må sees på og det ble pekt på som fordelsaktig å prøve ut nye organisasjonsløsninger, fordi det trengs flere arena å møtes på.

Matriser som familiesentre ble fremhevet som en god modell for bedre samordning horisontalt. Prosjektet som nettverksgruppe var positivt for å utveksle erfaringer og kunnskap på tvers. De representerer den tverrfaglige gruppas synspunkter.

Politisk behandling av helsestasjonens årsplan vil styrke debatten og prioritering av tjenestene.

Funn på samarbeid viste at helsestasjonsarbeidet er en menneskelig prosess som fremmer til gjensidighet og samarbeid. I motsetning til før, trekkes nå fagfolk inn i helsestasjonen sitt arbeid, hvor det samarbeides med familien for å finne løsninger.

Samhandlingsreformen i Stortingsmelding 47, viser vei for en av de viktigste utviklingsområder fremover. Respondenter mener at vedtak om samarbeid på systemnivå som vil gjelde alle uavhengig hvor i organisasjonen en er plassert, og således er mer effektivt.

Flere pekte på betydningen av å tilegne seg formell kompetanse og kunnskap på eget fag, for å kunne bidra tverrfaglig. De fleste nevnte fordel med å inneha felles holdnings, relasjons og samarbeids kompetanse i prosjektet, samtidig som faggruppene kunne bidra med noe fra sitt fag i samarbeidet.

Respondentens tanker på det helhetlige menneskesynet som utgangspunkt for organisering er ønsket om å møte familien der de er, og å se barnet i sammenheng med familien og nærmiljøet sitt. En mer helhetlig tjeneste ansees som nødvendig.

Funn i forhold til bedring av ressursbruk ved en ny organisering. Positivt var det at deltakere hadde lik ideologi på forebyggings perspektiv, og mente at felles fokus på 4 åringene var viktig. Det å arbeide mot felles mål basert på egen og felles fagkunnskap ble sett på som meningsfylt. En samlet kompetanse ble ansett som en effektiv ressurs utnyttelse, i en hverdag preget av økt arbeidsmengde.

*Funn fra de andre to forsknings spørsmål om hvordan delprosjektgruppa valgte å utføre 4 års kontrollen og hvilke erfaringer de fikk følger nå.*

Styringen i prosjektet valgte jeg å beskrive som en blandet samordning, hvor den ble skissert vertikalt med ansvar plassert øverst i organisasjonen og innsatsen under.

Horisontalt beskrevet med kommunikasjon mellom og i prosjektgruppene.

Erfaringen viste at både en politisk og administrativ forankring i organisasjonens ledelse ble viktig for iverksetting av plan og prosjektarbeid. Samarbeid var forpliktende, noe som opplevdes positivt. Det faglige fokuset gav også inspirasjon til arbeidet.

Formaliseringen. De statlige veiledere på tema innen 4 års konsultasjonen opplevdes som et innspill til å etablere strukturer. Det ble erfart at prosedyrene som forelå fra tidligere, skulle vært tilpasset samarbeidet.

Det var behov for en rutinebeskrivelse for operativt nivå, inkludert ansvarsfordeling i oppfølging av barn og familie. Dette for å sikre forutsigbarhet og effektivitet samt imøtelse regelverket. Som forsøk å oppheve terskel i samarbeidet og delaktiggjøre foreldrene ble det laget samtykkeerklæring. Samtidig ble det påpekt at samarbeidet muligens gikk på bekostning av barnas og foreldrenes integritet, da det ble gitt lite muligheter for foresatte å samtale med helsesøster alene på forhand for å avklare behov.

Funn fra barnehagen som arena. Verdien av at helsesøster arbeider tettere med barnehagene understrekes.

For det første mener respondentene at det er gode muligheter for å sette inn helsefremmende og forebyggende tiltak i barnehagen. Rammeplanen inneholder mye felles fra innsatsområdene i Stortingsmelding 37. Temagrupeer som omhandler helseopplysning ovenfor barna og foresatte var ikke vurdert å utføre i prosjektet.

For det andre er det en fordel for brukeren at den samlende kunnskapen om barnet og familien utnyttes for god oppfølging, som tidligere nevnt under ressurser.

Kvalitetssatsinga i barnehagen etter 2001 åpner opp for flere muligheter til samarbeid.

Respondentene og teoretiske funn peker samtidig på at det bør være bredde i arena hvor helsefremmende og forebyggende tiltak skjer, nettopp fordi ikke alle nytter barnehagetilbudet.

*Inntrykkene fra arbeidsfasen er knyttet til de to siste forsknings spørsmål også.*

Det var fordeler og ulemper med å samle barna i grupper under utførelse av 4 års kontroll, hvorav det viktigste var knyttet til kravet om å ivareta det enkeltes barn selvfølelse.

Barnehagene er fornøyd med sitt eksisterende samarbeid med PPT og BUP. Pedagogene opplever at tverrfagligheten gir rask veiledning, slik at ikke alle trenger henvisning.

Tilbudet fra BUP som lavterskel tilbud på helsestasjon oppleves som positivt og er en del av prosjektet SAMSOM.

Helsesøster mistet sin fortrolige samtale med barn og foresatt, samt observasjon og egenvurdering på samspill, noe som er uheldig i forhold til hensikten med konsultasjonen

Det er ingen systematisk kartleggings verktøy i forhold til psykososial helse. Likeledes er det ikke brukt foreldrebasert observasjon som grunnlag for videre samarbeid.

Det finnes ingen registrering som viser dagens behov for tverrfaglig samarbeid, henvisning og lignende, slik at det kan sammenlignes hvorvidt prosjektet er en forbedring i forhold til tidlig intervensjon.

Funn i forhold til språk i prosjektet er at helsesøster baserer seg på pedagogens og foresattes vurdering, og foretar ikke ytterligere språk registrering. Det kan se ut som at nye føringer sentralt gir barnehagen større ansvar i språkkartleggingen fremover. Helsesøster som kjenner barnet fra fødselen av, vil kunne bli en viktig samarbeidspartner for barnehagene.

Fysisk helse. Respondentene opplevde at fagligheten styrker tilbudet og at tiltakene var overførbart til flere barn.

Det er for sent å ha fysioterapeutvurdering som et universalt tilbud i forhold til å oppdage feilutvikling på 4 års konsultasjonen. Øvelsene kunne sees på som en testsituasjon og gav utfordringer sett i lys av det.

Helseundersøkelsen. Det ikke å ha tilgang til journal og tidligere tilvekst kurve i barnehagen, kan sees på som en ulempe i forhold til kontinuitet dersom det tidligere hadde vært et helseproblem.

Foreldresamtalen gav muligheter til dialog og tilbakemelding fra helseundersøkelsen. Det var et savn fra foresatte at fysioterapeut hadde ikke anledning til deltakelse på dette.

Respondentene mente foresatte var satt på sidelinja. Noen opplevde at en tredje persons tilstedeværelse i samtalen kunne begrense åpenheten, og mener at det var behov for individuell samtale. Det fremkom ytterligere behov for justeringer på tema foreldreinvolvering.

Erfaringer på å arbeide tverrfaglig gav flere god funn. Trianguleringen mellom foresatte, pedagog og helsesøster gjorde at problemområdet til barn som strever ble

tydeligere og tiltak likestiltes ved at flere så barnet. En positiv ring effekt var bygging av organisasjonskultur med lavere terskel for kontakt mellom faggruppene.

Barnehage som arena åpnet for flere utfordringer som må sees på dersom modellen skal videreføres. Bra var det at 4 års konsultasjonen ikke forsinket tiltak ved bekymring i barnehagen, men at det opplevdes som positivt å kunne bidra til samarbeid og å komme med faglige betraktninger. Ressursgruppen sin tilstedeværelse med mulighet til innspill, opplevdes som støttende.

Hovedinntrykket er alt i alt at prosessen med prosjektet har bidratt til en verdipåvirkning som har gitt økt kognitiv og handlingsmessig kompetanse. Samarbeidet har vist seg å være et nyttig redskap initialt i arbeidet, for å skape oversikt over barnets situasjon.

Prosjektet viser flere forbedringsmuligheter i forhold til samarbeid og kvalitet. For det første er det nødvendig å systematisere og kvalitetssikre metodene som skal brukes og gjøre de tverrfaglige. Det gjelder også rutinebeskrivelse med oppgave og ansvarsfordeling. Hensikten med å ivareta de sårbare overgangene til barnet med tydelig arbeidsdeling mellom profesjonene er ikke oppnådd ved hjelp av prosjektet.

Larvik sin samarbeidsmodell er trukket frem som funksjonell for den ivaretar brukeren, med hensyn til integritet og familieperspektiv. Samtidig bidrar den til et tverrfaglig fokus med klar ansvarsfordeling og sikker oppfølging. Dette var manglene i ”4-årskontroll i barnehage” prosjektet under Nærmiljøhuset.

Barnets og familiens alternativer til problemløsning er ikke alltid kjent, svaret må bli til underveis og i et samarbeid med dem. Dette humanistiske menneskesynet kan bli vanskelig å utføre i en hektisk hverdag hvor en blir presset til å prioritere, men det kan bli en utfordring og et mål.

Helsesøster er den eneste profesjonen med spesialisering på barn og unge i et helsefremmende og forebyggende perspektiv, hvor barnet og familien ivaretas med en helhetlig tilnærming. Det er viktig å se på hvordan tjenesten kan styrkes og videreutvikles, med tanke på hvordan vi best kan bidra for å ivareta nye oppgaver samt samarbeid på alle nivå. Profesjonalitet forutsetter å stille seg kritisk til den og til det man gjør, og stadig forsøke å forbedre praksis. Dette er verdt å forske mer på.

## 9.0 Referanser

- Antonovsky Aron (2005): *Helsans mysterium*. Bokforlaget Natur og Kultur. Stockholm.
- Aune Asbjørn (2000): *Kvalitetsledelse, kvalitetsstyrte bedrifter*. Gyldendal akademiske. Oslo.
- Bakken R. Brinchmann A, Haukelien H, Kroken R, Vike H (2002): *Maktens samvittighet, om politikk, styring og dilemma i velferdsstaten*. Gyldendal forlag. Oslo.
- Bergh Erling (1999): *Betre kommunal teneste yting*. Universitetsforlaget AS. Oslo.
- Bogen Birgit, Solum L., Storvik O., Sommerschild Hilchen S. (1976): *Helsestasjonen i støpeskjeen. Nye muligheter for psykisk forebyggende arbeid*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Bolmann Lee, Deal Terrence (2004): *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse, strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Gyldendal Forlag AS. Oslo.
- Bomann - Larsen P (1987): *Servise eller kontroll? Rapport fra brukerundersøkelsen ved 10 helsestasjoner i Bergen 1986*. Universitetet i Bergen.
- Christensen T, Lægereid P., Roness P, Rørvik K (2004): *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Dahler-Larsen Peter, Krogstrup Hanne Kathrine (2001): *Tendenser i evaluering*. Syddansk Universitetsforlag.
- Dahl Berit (2004): *Helsesøster rollen i folkehelseperspektiv, helsesøster i klemme mellom individ og befolkningsrettet arbeid*. Masteroppgave i samfunnsplanlegging. Oslo.
- Ellefsen Bodil (Publikasjonsserie 8/1996): *Når organisasjonen og yrke møtes*. Universitetet i Oslo, institutt for sykepleie vitenskap.
- Elvbakken K.T., Fjær S. , Jensen T.Ø. (1994): *Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk i forebyggende arbeid*. Ad notam Norsk Gyldendal. Oslo.
- Erdal Bodil, Glavin Kari (2007): *Tverrfaglig samarbeid i praksis, til beste for barn og unge i kommune Norge*. Kommuneforlaget. Oslo.
- Eriksen E. O. (2001): *Demokratiets sorte hull- om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Abtact forlag. Oslo.
- Evenshaug Oddbjørn, Hallen Dag (2000): *Barne - og ungdomspsykologi*. Gyldendal Norsk forlag. Oslo.
- Flermoen Solveig (2001): *Søkelys på organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget. Oslo



- Folkehelseinstituttet (folkehelse rapport 2010:2 ): *Helsetilstanden i Norge*. Oslo.
- Foss O., Mønnesland J. (Nibrs pluss-serie 4-2000): *Evaluering av offentlig virksomhet, metoder og vurderinger*. Oslo.
- Fosse Elisabeth (1998): *Tverrsektorielle utfordringer i helsefremmende arbeid blant barn og unge*. Organisering av aksjonsprogrammet barn og helse på fylkesnivå.
- Jacobsen Dag Ingvar (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. En innføring i samfunnsvitenskapelige metode. Høgskoleforlaget. Kristiansand.
- Glavin Kari (1999): *Ledelse og kvalitet i helsesøstertjenesten*. Institutt for sykepleievitenskap. Publikasjons serie 18. Universitetet i Oslo.
- Glavin Kari, Kvarme Lisbeth G. (2003) *Helsesøstertjenesten, fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Akribe forlag. Oslo.
- Hafsted Reidun, Øvereide Haldor (1998): *Foreldrefokusert arbeid med barn*. Høgskoleforlaget.Oslo.
- Haga Ole S. (2003): *Hverdagspediatri*. Univsersitetsforlaget. Oslo.
- Halvorsen Knut (2008): *Å forske på samfunnet, en innføring i samfunns vitenskapelige metode*. Cappelens akademiske forlag. Oslo.
- Hansen K., Solgård Gusland, Dahlin A.(2005): *Foreldre involvering, gjennom bruk av språk 4 og TRAS*. Oslo.
- Hansen Svein, Negaard Arve (2006): *Økonomi på tvers, grunnleggende økonomistyring for kommunale ledere*. Gyldendal akademiske. Oslo.
- Heian F, Misvær N.(2002):*Helsestasjonsboka, handbok for det praktiske helsestasjonsarbeid*. Kommuneforlaget. Oslo.
- Helsedirektoratet: brev av 02.03.2009.til landsgruppen av helsesøstre.
- Helsedirektoratet (2010):*Utviklingsstrategi for helsestasjons – og skolehelsetjenesten*.
- Helsedirektoratet (2010):*Utkast til faglige retnings linjer for veiing og måling*.
- Helse og omsorgs departmentet (2007-2010): *Nasjonal helseplan*. Oslo.
- Hertting Nils,Vedung Evert (2009): *Den utvarderingstata politiken, styrning och utvardering i svensk storstad politik*. Studentlitteratur AB. Lund.
- Holgersen (2006): *Barnet og loven*. Kommuneforlaget AS. Oslo.
- Horn Erna og Dahlin Astrid ( 2000): *Kartlegging med språk* .
- Jacobsen Dag Ingvar (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Høgskoleforlaget. Kristiansand.

- Kaufmann A., Kaufmann G. (2003): *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget. Oslo.
- Kunnskapsdepartementet (2006): *Rammeplan for barnehage*. Oslo.
- Lauvås Kirsti, Lauvås Per (2004): *Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Lundquist Lennart (1998): *Demokratins væktare*. Lunds forlag.
- Martinsen Kari (2003): *Omsorg, sykepleie og medisin*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Mork Tove Eikrem, Amdam Toril Vang (1995): *Barn i førskolealderen, fysioterapi i kommune helsetjenesten*. Kommuneforlaget. Oslo.
- Mæland Gunnar (1999): *Forebyggende helsearbeid, i teori og praksis*. Tano forlag. Oslo.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (rapport 2008:10): *Forsinket språkutvikling*.
- NOU 1991:10: *Flere gode levekår for alle*. Forebyggende strategi, sosial og helsedepartementet. Oslo.
- NOU 1995: *Forelder veiledningsprogrammet*. Oslo.
- NOU 1998:18: *Det er bruk for alle*. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunen. Sosial og helsedepartementet. Oslo.
- NOU 2005: 3: *Fra stykkevis til helt*. Oslo.
- NOU 2009:18: *Rett til læring*. Oslo.
- NOU 2009:22: *Det du gjør, gjør det helt*. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge.
- NOU 2009: 10: *Fordelingsutvalget*. Finansdepartementet. Oslo.
- NOU 2010: *Utforskertrang og lekelyst*. Oslo.
- NSF serien 4-97: *Helsestasjonstjenesten, helsesøster ansvarsområder og arbeidsoppgaver*.
- Nylehn Børre (2002): *Prosjekt organisering, teori og implikasjoner*. Fagbokforlaget
- Odeltings proposisjon 84 (2009): *Oppfølging av barn som pårørende*.
- Paulsen B (NIS rapport 3/1990): *Snakk med de på helsestasjonen. En analyse på bruk av helsesøstertjenesten*. Kommuneforlaget. Oslo.
- Repstad Pål (2004): *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget. Oslo.

- Rye Henning (2002): *Tidlig hjelp til bedre samspill*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Sarpsborg kommune (2009): *Utdanningspolitisk plattform med verdigrunnlag for arbeid med barn og unge*.
- Seeberg Marie Louise (Nova rapport nr 7/2010): *Siste skanse. En undersøkelse om 3-5 åringer som ikke går i barnehage*. Oslo.
- Slettebø Tor (2000): *Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid*. Nordisk sosialt arbeid nr.2, 2000 (20. årgang 9 s. 75-85).
- Smith, Ulvund (2001): *Spedbarnsalderen*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Sommerschild Hilchen, Grøholt Berit (2001): *Mestring som mulighet i møte med barn, unge og foreldre*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Sosial og helsedirektoratet (11/2004): *Kvalitet i pleie og omsorgstjenester, veileder til forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjeneste yting etter kommunehelsetjeneste loven og sosialtjenesteloven*. Oslo.
- Sosial og helsedirektoratet (12/2004): *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift 3. april 2003.
- Sosial og helsedirektoratet (2005): *og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten 2005-2015*. Oslo.
- Sosial og helsedirektoratet (06/2006): *Nasjonale retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn*. Oslo.
- Sosial og helsedirektoratet (03/2007): *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo.
- Sosial og helsedirektoratet (08/2007): *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Oslo.
- Statens helsetilsyn (07/ 1997): *Jakarta deklarasjonen, om helsefremmende arbeid inn i det 21. århundre*. Oslo.
- Statens helsetilsyn (1998): *Veileder for helsestasjons og skolehelsetjenesten*. Oslo.
- Stortingsmelding 16 (2006-07): *Resept for et sunnere Norge. Folkehelseperspektiv*. Oslo.
- Stortingsmelding 20 (2006-07): *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller*. Oslo.
- Stortingsmelding 23 (2007/08): *Språk åpner dører*. Oslo.
- Stortingsmelding nr.37(1992-93): *Utfordringer i helsefremmende og sykdoms forebyggende arbeid*. Oslo.

Stortingsmelding 39 (2001-02): *Oppvekst og levevilkår for barn og unge i Norge*. Oslo.

Stortingsmelding 41(2009): *Kvalitet i barnehagen*. Oslo.

Stortingsmelding 47 (2008-09): *Rett behandling, på rett sted, til rett tid*. Samhandlings reformen. Oslo.

Sverdrup Sidsel (2002): *Evaluering, faser, design og gjennomføring*. Fagbokforlaget. Oslo.

Tetzner von J. med fler (1993): *Barns språk*. Ad Notam Gyldendal. Oslo.

Vedung Evert (1998): *Utvordering i politik og forvaltning*. Lund Studentlitteratur. Sverige.

Westhagen Harald, Faafeng O, Hoff K G, Kjeldsen T., Røine E ( 2008): *Prosjektarbeid, utviklings- og endringskompetanse*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo.

Wollscheid Sabine ( Novarapport 12/10): *Språk, stimulans og læringslyst- tidlig innsats og tiltak mot frafall i videregående opplæring gjennom hele oppveksten*. En kunnskapsoversikt. Oslo.